Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

Des politiques et des pratiques en pays étrangers

Avis
sur les services
de santé mentale
de la France
de la
Grande-Bretagne
de l'Italie
et des
États-Unis

Québec

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

SORTIR DE L'ASILE?

Des politiques et des pratiques en pays étrangers

Québec

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

SORTIR DE L'ASILE?

Des politiques et des pratiques en pays étrangers

Ellen Corin
Lise Tessier
Guylaine Séguin-Tremblay
avec la collaboration spéciale de Luciano Bozzini et l'appui de Frédéric Grunberg

Avis
sur les services
de santé mentale
de la France,
de la
Grande-Bretagne,
de l'Italie
et des
États-Unis

Québec

Le contenu de cette publication a été préparé par le Comité de la santé mentale du Québec.

Cette publication a été produite par LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC.

Dépôt légal — 3e trimestre 1986
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-08741-4

© Gouvernement du Québec

Note au lecteur

Cet Avis constitue le cinquième et dernier outil de travail et de réflexion développé par le Comité de la santé mentale du Québec au cours de son IX[e] cycle de production. On se rappellera que le Comité a récemment publié quatre autres Avis sur:

— la notion de santé mentale[1],

— l'efficacité des interventions en santé mentale[2],

— la protection et le développement de la santé mentale des jeunes[3],

— les ressources «alternatives» en santé mentale[4].

Tous ces travaux ont été réalisés à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Au moment où le Québec compte se doter d'une politique de santé mentale, il convenait de mettre au point tous ces instruments et le présent document en particulier. Tous les États sont en effet des laboratoires pour les autres et il est utile de se le rappeler quand il est projeté dans l'un d'eux de réformer un secteur d'activités.

En rendant public aujourd'hui cet autre Avis, le Comité souligne qu'il est principalement l'œuvre du *Docteur Ellen Corin,* Directrice de l'Unité de recherche psychosociale du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, de *Madame Lise Tessier,* Conseillère cadre au Service de la programmation et du développement du Centre de services sociaux du Montréal métro, et du *Docteur Guylaine Séguin-Tremblay,* Psychologue au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke. L'importante collaboration qu'ils ont reçue du *Docteur Luciano Bozzini,* Professeur agrégé au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et l'appui que leur a apporté le *Docteur Frédéric Grunberg,* Coordonnateur de l'enseignement à l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine doivent également être soulignés.

1. Comité de la santé mentale du Québec (Ellen Corin, Frédéric Grunberg, Guylaine Séguin-Tremblay et Lise Tessier), *La santé mentale: de la biologie à la culture,* Gouvernement du Québec, 3[e] trimestre 1985, 158 pages.
2. Comité de la santé mentale du Québec (Yves Lamontagne, Francine Lavoie et Lise Tessier), *La santé mentale. Prévenir, traiter et réadapter efficacement,* Gouvernement du Québec, 2[e] trimestre 1985, volume I — *Synthèse et recommandations,* 115 pages, volume II — *L'efficacité de la prévention,* 101 pages, volume III — *L'efficacité du traitement,* 157 pages, et volume IV — *L'efficacité de la réadaptation,* 123 pages.
3. Comité de la santé mentale du Québec (Laurent Houde, Guylaine Séguin-Tremblay, Michelle FitzGerald, Maurice Roy et Mireille Lajoie), *La santé mentale des enfants et des adolescents. Vers une approche plus globale,* Gouvernement du Québec, 3[e] trimestre 1985, 251 pages.
4. Comité de la santé mentale du Québec (Roger Paquet, Francine Lavoie, Gaston Harnois, Michelle FitzGerald, Christine Gourgue et Nicole Fontaine), *La santé mentale. Rôles et place des ressources alternatives,* Gouvernement du Québec, 4[e] trimestre 1985, 168 pages.

Le Comité de la santé mentale du Québec a été créé en 1971. Il a pour mandat général de coopérer à la réalisation des activités de planification dont le ministère de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité dans le champ de la santé mentale. Ses membres sont nommés par le Gouvernement du Québec. Ils proviennent du secteur de la santé et des services sociaux, des universités, et incluent des représentants de la population.

Au moment de l'achèvement de cet Avis, le Comité est composé comme suit:

Gaston Harnois, Président
Roger Paquet, Vice-président
Ellen Corin
Nicole Fontaine
Christine Gourgue
Frédéric Grunberg
Michelle FitzGerald
Laurent Houde
Mireille Lajoie
Yves Lamontagne
Francine Lavoie
Maurice Roy
Guylaine Séguin-Tremblay
et Lise Tessier.

Enfin, Pierre Vendette agit à titre de Secrétaire du Comité.

Dr Gaston Harnois

Janvier 1986

Remerciements

Les auteurs de cet Avis ont bénéficié de nombreux et précieux appuis pour sa préparation. On trouvera, à la fin de ce document, une liste de personnes et d'organisations auxquelles ils adressent des remerciements.

Table des matières

Introduction 1

1. Démarche suivie 2
2. Présentation du rapport 9

Première partie:
Description des services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis 11

I — L'expérience de la France (Ellen Corin) 13

Introduction 15

Chapitre I
Des éléments de contexte 17

1. Le contexte de la réforme des services psychiatriques 17
2. Le contexte politico-administratif 19
3. Les jalons vers la sectorisation 20
4. Le cadre législatif 22

Chapitre II
La sectorisation des services psychiatriques 27

1. Les articulations de base de la réforme 27
2. Une mise en forme dans des textes officiels 30
3. La mise en place des structures 32

Chapitre III
Les modèles de pratique 47

1. La continuité des soins 48
2. Le projet thérapeutique 51
3. Le rapport au social 61
4. La réinsertion par le travail 65

Chapitre IV
Des secteurs plus spécifiques d'intervention 69

1. Les liens avec la médecine générale 69
2. La psychiatrie juvéno-infantile 74
3. Les services aux personnes âgées 80
4. Psychiatrie et marginalités 83

Chapitre V
Le cadre administratif et financier de la psychiatrie publique en France 85

1. Le contexte politico-administratif 85
2. Les structures de financement 89
3. Des mécanismes de soutien à la créativité 92

Chapitre VI
Éléments pour un bilan 99

1. Les limites principales des services actuels 101
2. Les facteurs de contrainte 106
3. Des perspectives d'avenir 114

II — L'expérience de la Grande-Bretagne (Lise Tessier) 123

Introduction 125

Chapitre I
Des éléments de contexte 129

1. Le contexte de l'évolution des services psychiatriques 129
2. Le cadre législatif 140
3. Le contexte administratif 148
4. L'évolution parallèle du mouvement privé 149
5. L'évolution parallèle des services sociaux 157

Chapitre II
Le Community Care 169

1. Les articulations de base 170
2. Une mise en forme dans des textes officiels 171
3. La mise en place des structures 173
4. La réalité de l'intégration au niveau du district 197

Chapitre III
Des secteurs plus spécifiques d'intervention 205

1. Les services aux personnes âgées 205
2. Psychiatrie et criminalité 209
3. Les itinérants 209

Chapitre IV
Le cadre administratif et financier 211
1. Le contexte politico-administratif 211
2. Les structures de financement 218
3. Le soutien à la créativité 219

Chapitre V
Éléments pour un bilan 221
1. Les limites principales des services actuels 221
2. Les facteurs de contrainte et les facteurs facilitants 226
3. Des perspectives d'avenir 227

III — L'expérience de l'Italie (Luciano Bozzini) 229
Avant-propos 231
Introduction 235

Chapitre I
Bref historique et dynamique sociale 237
1. Introduction 237
2. Le paradigme italien et la dynamique sociale de la réforme 238

Chapitre II
L'organisation politico-administrative de la santé et de la psychiatrie 245
1. L'organisation générale du Service sanitaire national 245
2. L'organisation des services psychiatriques 252

Chapitre III
Évaluation de la réforme italienne 259
1. Les succès des expériences avancées 260
2. Les vicissitudes de la réforme au plan national 272

Chapitre IV
Les raisons des difficultés au plan national 279
1. L'absence des services territoriaux 279
2. Le ralentissement dans l'extension des expériences avancées 287

Chapitre V
Implications pour d'autres pays 293
1. Les résultats 294
2. Le style de travail 295
3. Les stratégies d'action 297

IV — L'expérience des États-Unis (Guylaine Séguin-Tremblay) 303

Introduction 305

Chapitre I
Contexte sociohistorique 307

Chapitre II
Structures politico-administratives 315

1. Structures administratives fédérales 315
2. Modes de financement 318
3. Structures administratives de l'État 321
4. Conclusion aux structures politico-administratives 334

Chapitre III
Le MMHC: une expérience locale de soins en santé mentale 337

Conclusion 351

Deuxième partie:
Synthèses et essai d'analyse comparative 355

I — Synthèse de l'expérience de la France (Ellen Corin) 357

1. Éléments de contexte 359
2. Idées force du modèle 361
3. Degrés et modalités de la désinstitutionnalisation 362
4. Degré de centralisation et de pluralisme du système 370
5. Participation des communautés locales 374
6. Rapport entre réalité et modèle idéal 375

II — Synthèse de l'expérience de la Grande-Bretagne (Lise Tessier) 379

1. Éléments de contexte 381
2. Idées force du modèle 383
3. Degrés et modalités de la désinstitutionnalisation 384
4. Degré de décentralisation et de pluralisme du système 389
5. Participation des communautés locales 392
6. Rapport entre réalité et modèle idéal 392

III — Synthèse de l'expérience de l'Italie (Luciano Bozzini) 395
1. Éléments de contexte 397
2. Idées force (du système psychiatrique actuel) 399
3. Degrés et modalités de la désinstitutionnalisation 400
4. Degré de décentralisation et de pluralisme 405
5. Participation des communautés locales 406
6. Rapport entre réalité et modèle idéal 407

IV — Synthèse de l'expérience des États-Unis (Guylaine Séguin-Tremblay) 411
1. Contexte général 413
2. Étendue et modalités de la désinstitutionnalisation 414
3. Centralisation-décentralisation du système 419
4. Participation des communautés locales 420
5. Rapport entre réalité et modèle idéal 420

V — Repères pour une comparaison 423
1. Le contexte sociohistorique des réformes 425
2. Le cadre politico-administratif des réformes 428
3. Le modèle psychiatrique préconisé 433
4. Éléments d'évaluation 441

Conclusion — Problèmes, enjeux et perspectives 445

Bibliographies
I — Bibliographie relative à l'expérience de la France 453
II — Bibliographie relative à l'expérience de la Grande-Bretagne 461
III — Bibliographie relative à l'expérience de l'Italie 467
IV — Bibliographie relative à l'expérience des États-Unis 469

Remerciements 475

Introduction

L'idée qu'il faut tendre vers une désinstitutionnalisation des patients psychiatriques est à présent largement admise dans la plupart des pays occidentaux; on peut dire qu'elle a un peu partout joué le rôle d'un concept moteur en regard de la réforme des services psychiatriques.

À un examen attentif, cette unité d'orientation des services psychiatriques dans les pays occidentaux apparaît cependant plus apparente que réelle. Elle recouvre en effet des conceptions et des pratiques qui diffèrent de manière importante suivant les pays et, parfois, dans un même pays, suivant les régions ou les champs que l'on considère. Ces variations renvoient à leur tour à des différences plus fondamentales au niveau des infrastructures; elles se retrouvent dans le fonctionnement de l'État et de l'administration dans un pays particulier, au niveau des dynamiques sociales et à celui d'un ensemble de représentations, de valeurs, de façons d'être.

C'est dire qu'aucun modèle n'est en soi directement transposable à un autre contexte social et ne pourrait servir comme tel de paradigme pour une réforme des services psychiatriques au Québec.

Dans ce travail, nous avons dès lors adopté la perspective énoncée par Castel lors des confrontations franco-italiennes de Nice de 1982:

> «*Un échange d'expériences ne peut être fructueux que s'il part d'une reconnaissance des spécificités et des différences* [...]; *nous ne pouvons tirer profit du mouvement italien que si nous comprenons d'abord en quoi il diffère des tentatives qui ont eu lieu en France pour transformer le système psychiatrique*» (Castel, 1982, p. 84).

Nous avons choisi d'adopter, pour ce rapport, une perspective dynamique en interrogeant différents systèmes à partir d'un certain nombre de questions de base et en cherchant à voir comment chaque système a répondu à ces questions. Nous avons examiné dans chacun des cas quels sont les positions de base auxquelles renvoient ces réponses, les pratiques concrètes qui en découlent ainsi que les facteurs de dynamisme et de contrainte qui ont été identifiés par les auteurs mêmes de ces systèmes. C'est la similitude du questionnement à travers lequel nous abordons la situation des différents pays qui nous permettra d'établir un pont entre les données recueillies sur

les différentes régions, même si le type de matériel concret à travers lequel est abordée la réponse à nos questions peut différer selon les pays.

Chacun des auteurs de ce document a été responsable de l'inventaire et de l'analyse du matériel concernant un pays. Nous signalerons plus loin que nous avons toutefois bénéficié de la collaboration du professeur Luciano Bozzini pour l'un des pays analysés.

Un travail d'équipe important, préalable à la récolte des informations, nous a permis d'assurer l'homogénéité de notre démarche. Nous sommes cependant conscients que le choix de ce qui est mis en exergue dans chacun des cas répond à deux ordres de déterminants:

— l'originalité de chaque situation et la prédominance de certains traits dans l'organisation des services;
— l'orientation particulière de nos propres préoccupations en fonction de notre formation, de notre trajectoire, de nos centres d'intérêt propres.

Nous avons essayé cependant de minimiser le biais lié à ce dernier ordre de facteur par de fréquents échanges qui ont facilité l'intégration des perspectives.

Le rapport ne vise donc pas à tracer un portrait détaillé de la situation actuelle dans les différents pays mais à nous permettre d'interroger notre propre situation à partir de repères qui nous sont extérieurs.

1. Démarche suivie

1.1 Établissement d'une grille

Une première lecture de divers rapports concernant la situation des services psychiatriques dans différents pays nous a convaincus de la nécessité de commencer par établir une grille précisant les différentes dimensions à explorer dans chacune des régions:

— afin de systématiser la récolte des données;
— pour assurer une certaine comparabilité entre les données recueillies dans les différentes régions;
— pour faciliter l'esquisse d'une synthèse qui permette d'interroger le fonctionnement des services psychiatriques au Québec, à la lumière des philosophies de base et des modalités d'intervention qui ressortent des données inventoriées.

Cette grille a été constituée à deux niveaux:

1) un niveau relativement détaillé qui précise les dimensions à explorer et les points précis à étudier dans chacune de ces dimensions. Ces dernières ont été déterminées, d'une part, par un examen des écrits portant sur l'analyse comparée des systèmes de santé ou des travaux qui présentent des descriptions de systèmes concrets et, d'autre part, par une réflexion de groupe sur les enjeux et les niveaux d'une réforme des services psychiatriques.

   Le tableau 1 reprend le schéma de ces dimensions et le détail des points à analyser;

2) un niveau plus général qui pose un petit nombre de questions de base servant de fil conducteur pour l'analyse des données; ces questions nous permettent d'organiser les données recueillies à l'aide de la grille plus détaillée en même temps qu'elles ont guidé les questions précises à travers lesquelles nous avons abordé l'étude de chacune des dimensions.

TABLEAU 1
Dimensions

1. Législation et réglementation

(Rappel: chronologie, causes, artisans et opposants au changement)

1.1 Les lois définissant la structure des services de santé

a) Leur succession, le sens de leur évolution

b) Le regroupement des services qu'elles indiquent

1.2 Les lois et règlements régissant le domaine de la santé mentale et les droits des malades mentaux. Perspective: une étude macroscopique qui examine les grandes dimensions touchées par les lois plus que leur contenu précis

1.3 Les lois touchant le départage des catégories de maladies mentales et de quelle entité elles relèvent

1.4 Les lois qui concernent la réintégration des patients psychiatriques ou des handicapés dans le marché du travail et/ou la communauté

2. Structure politico-administrative

2.1 Place de la santé dans l'organigramme ministériel

2.1.1 Rapport entre le système de santé, système de santé mentale et services sociaux

2.1.2 Autorités responsables de la politique en santé mentale

2.1.3 Structures de consultation

a) Entités permanentes (ex. Comité de la santé mentale du Québec)

b) Mécanismes tels que les commissions parlementaires

2.2 La régionalisation sur le plan des structures (organigramme)

a) Niveaux de structure et leur champ de compétence

b) Coordination des autorités

c) Articulation sur les communautés: implication des localités dans le processus de décision. Priorités et financement

2.3 Mécanisme de contrôle direct ou indirect

Ex.: Existence d'un réseau institutionnel privé (centre d'accueil, hôpital psychiatrique) et son degré d'autonomie

2.4 Les ressources en place

2.4.1 Les services

a) Le degré d'intégration des services de santé mentale et des services de santé en général (aux différents échelons: dans les équipes de première ligne et dans les hôpitaux)

b) Séquence des mouvements de désinstitutionnalisation et de mise en place de nouveaux services

2.4.2.1 Articulation des catégories de services en fonction du continuum interne – externe – «alternatif»

a) Spécification des ressources

b) Mécanismes de rattachement

Exemples de ressources:

— Hôpitaux psychiatriques

— Hôpitaux généraux avec département de psychiatrie

Hospitalisation partielle de nuit

Centres de jour

— Ressources d'hébergement intermédiaires

Centres d'accueil

Pavillons

Familles d'accueil

Appartements protégés

Foyers de groupe

— Équipes externes

— Centres de crises

— Consultation privée

— Ressources «alternatives» liées à la santé mentale

2.4.2.2 Répertoire des services spécialisés en fonction de l'âge

- plus particulièrement enfants, adolescents et personnes âgées

2.4.2.3 Répertoire des services spécialisés en fonction d'un certain type de pathologie:

- alcoolisme
- drogue
- toxicomanie

2.4.2.4 Réseau pour la déficience mentale

a) Sa spécificité: différent ou pas du réseau de services en santé mentale

b) Inclusion dans les ressources en santé mentale

3. Administration des services

3.1 Administration générale et planification

3.1.1 Les mécanismes de la régionalisation sur le plan du fonctionnement:

a) À quel échelon se prennent les décisions et comment circulent-elles?

b) Comment se définissent les priorités? Comment s'est élaborée la politique en santé mentale et quels sont les moyens de pression des planificateurs? Y a-t-il une relation à la politique de développement socio-économique générale du pays?

3.1.2 Mécanismes d'implantation des initiatives: (seulement dans le cas de programme novateur ou de ressources «alternatives» ou intermédiaires)

a) D'où est censée venir l'initiative?

b) Rôle de la population et statut des initiatives locales

c) Quels sont les mécanismes d'approbation (entre autres sur le plan budgétaire)?

d) Les contraintes perçues à l'implantation de la diffusion des initiatives

3.1.3 Le type de critère utilisé pour la répartition des ressources:

- le ratio lits/population
- critères d'allocation des budgets (nombre de lits, importance numérique de la population, autres caractéristiques de la population)
- des besoins spécifiques (rural-urbain)

3.2 Évaluation

3.2.1 Se fait-il de l'évaluation au niveau
- national?
- régional?
- d'établissement?

3.2.2 Processus d'évaluation
Origine de la demande
Personnes qui la font
Moyens
Régularité
3.2.3 Type d'évaluation
En fonction de l'état de santé mentale
En fonction des objectifs d'un programme
3.3 Financement
3.3.1 Quels sont les mécanismes de financement des différents types de services et de programmes?

a) Hôpitaux
Services de psychiatrie communautaire
Expériences locales
b) Assurances (sociales ou volontaires)
c) Rémunération des services médicaux et psychothérapeutiques

4. Le fonctionnement des services

4.1 Quelle est la porte d'entrée dans le système?

a) Qui est le médecin «de premier recours»?
b) Existe-t-il des services de santé mentale intégrés dans des services de santé de première ligne?
c) Comment opère le système de référence?
d) (Dispose-t-on de données permettant de savoir quelles sont les différentes voies qu'ont concrètement empruntées les patients pour entrer dans le système?)

4.2 Quels sont les mécanismes de continuité des soins? (toujours tenir compte de la présence ou non d'une flexibilité)

4.3 Quels sont les modèles de pratique privilégiés en ce qui concerne:

a) la prévention et le dépistage?
b) la réadaptation (apprentissage) et réinsertion sociale?
c) certains types de services?

4.4 Quelle est la place des médecins généralistes dans le système de santé mentale? Leur fonction dans le système

a) comme structure de traitement?
b) comme structure de référence?
c) comme structure de suivi?

4.4.1 Y a-t-il structure de soutien au médecin généraliste (ex.: consultation, recyclage)?

5. Critique

5.1 Degré de satisfaction ou d'insatisfaction exprimé

5.2 Données statistiques permettant l'évaluation des services

5.3 Éléments d'analyse critique (autres que données quantitatives).

TABLEAU 2
Questions de base

1) Le degré de désinstitutionnalisation apparent dans le système et les modalités de celle-ci?
2) Le degré de centralisation et de décentralisation dans la manière dont sont mises en place et fonctionnent les ressources?
3) Le degré d'implication des communautés locales dans l'organisation et le fonctionnement des services psychiatriques?
4) L'évaluation du rapport entre la réalité et le modèle idéal prôné par le système. L'identification des barrières et contraintes; analyse des lignes d'évolution.

Le tableau 2 indique quels ont été ces fils conducteurs. Le premier point définit le «contenu» même de l'organisation des services alors que le second et le troisième concernent davantage son fonctionnement en termes de l'implication effective de différentes catégories d'acteurs (État, administration, professionnels, communautés, usagers) dans le fonctionnement du système. Le quatrième point vise à permettre un recul par rapport au système décrit et, particulièrement, à faire ressortir les commentaires critiques des acteurs du système vis-à-vis de ce dernier.

1.2 Choix des pays

Nous avons voulu choisir des pays dont la situation soit pertinente par rapport au Québec, sous deux angles principaux:

— au niveau d'une certaine proximité socioculturelle;
— au niveau de l'intérêt que présentent les modèles de services psychiatriques développés par ces pays.

Le premier de ces critères nous a amenés à sélectionner trois grands pays de référence pour le Québec: la France, la Grande-Bretagne et les États-Unis.

Aux États-Unis, nous avons choisi deux États: le Massachusetts et New York, qui ont été, avec la Californie, à l'avant-garde de la

désinstitutionnalisation des patients psychiatriques dans ce pays. Ceci permet de faire ressortir à la fois l'unité et la diversité de la situation de services psychiatriques dans ce pays et de montrer les rôles respectifs des administrations fédérale et de l'État.

Le second critère nous a fait ajouter un autre pays à notre étude, l'Italie, qui représente un modèle original et intéressant pour nous sur plusieurs plans.

Luciano Bozzini a accepté de prendre en charge la récolte et l'analyse des données sur l'Italie, en se référant dans la mesure du possible à la grille que nous avions établie.

1.3 Dépouillement de la littérature

Nous avons demandé à des assistants de recherche (Micheline Descent-Letarte, Daniel Picard, Monique Ingels, Marthe Larochelle) de rassembler toute la documentation disponible sur les différents pays à l'étude. Ils ont effectué le dépouillement et la présentation des différents documents en se référant à la grille élaborée par l'équipe.

Ce travail nous a permis d'avoir une première image du fonctionnement des services psychiatriques dans ces divers pays.

1.4 Collecte des données sur le terrain

Notre but en allant nous-mêmes dans les différents pays pour y interroger diverses catégories d'acteurs et y recueillir des informations complémentaires était double: «faire vivre» et contrôler les données recueillies dans la littérature consultée.

Nos objectifs plus concrets ont été les suivants:

— faire ressortir la manière dont le modèle prôné par le système se concrétise dans des pratiques spécifiques;
— examiner les écarts possibles entre les principes théoriques prônés dans les textes et la réalité empirique;
— faire ressortir la diversité des pratiques concrètes et les facteurs qui la sous-tendent.

Nous nous sommes réparti les pays de la manière suivante:

— Lise Tessier a été en Grande-Bretagne;
— Guylaine Séguin-Tremblay s'est rendue au Massachusetts;
— Ellen Corin a été en France;
— et Luciano Bozzini, en Italie.

Dans chacun de ces pays, nous avons eu le souci de diversifier le plus possible les catégories de personnes que nous avons rencontrées, afin de pouvoir mieux nuancer notre vision du fonctionnement des services dans les différents pays.

Dans le cas de l'État de New York, nous sommes demeurés plus dépendants des documents produits par les assistants de recherche à partir du matériel auquel ils ont eu accès.

1.5 Analyse des données

L'analyse des données s'est faite à deux niveaux différents. Chaque auteur a d'abord entrepris d'organiser les données concernant le pays dont il avait la charge pour en faire ressortir ce qui lui paraissait être les orientations spécifiques en fonction des caractéristiques internes du pays et à partir de nos questions de départ.

En une deuxième étape, nous avons entrepris de donner une sorte de synopsis de ce qui ressort de la situation des différents pays en regard de nos fils conducteurs et de questionner la situation québécoise sur cette base.

Le docteur Frédéric Grunberg a joué auprès de notre sous-comité le rôle d'un consultant spécial. À partir de la connaissance étendue qu'il possède des structures psychiatriques dans différents pays, il nous a aidés par ses commentaires à donner une forme finale à cet Avis.

2. Présentation du rapport

Le plan de ce rapport reflète les deux niveaux de notre démarche d'analyse.

La première partie est constituée d'une présentation de ce qui nous paraît être les points saillants de l'organisation des services dans les quatre pays sur lesquels s'appuie le rapport. Les données relatives à chacun des pays sont organisées d'une manière spécifique pour en faire ressortir les points saillants. Chacune des présentations touche cependant des thèmes analogues:

— une analyse du contexte des réformes qui sont intervenues dans les services psychiatriques;

— les points essentiels du système, sur le plan des orientations de base, des services en place et des modes de pratique qui prévalent;

— le fonctionnement politico-administratif des services, la place qu'occupent les différentes catégories d'acteurs et les mécanismes de financement;

— un essai d'évaluation de la situation à partir des commentaires et critiques formulés par des acteurs ou des analystes du système.

La deuxième partie du rapport est un essai de synthèse ou, tout au moins, un essai de mise en parallèle des données relatives aux différents pays en fonction de nos données de départ.

Première partie:

Description des services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis

I — L'expérience de la France (Ellen Corin)

Introduction

La notion de désinstitutionnalisation parcourt en filigrane les réformes successives des services psychiatriques en France comme dans les autres pays occidentaux. Elle s'y concrétise cependant d'une manière originale qui renvoie à deux types de déterminants:

— un contexte sociohistorique spécifique qui a été marqué, d'une part, par le climat sociopolitique de l'après-guerre et, d'autre part, par certains courants théoriques qui ont influencé de manière essentielle l'élaboration du modèle de référence et, surtout, sa transposition dans des pratiques concrètes;

— une structure administrative particulière qui a encadré, épaulé et freiné de manière importante le développement des structures de services.

Nous allons présenter brièvement, pour conclure cette introduction, les éléments de contexte qu'il nous paraît important d'avoir à l'esprit lorsque l'on cherche à comprendre l'organisation des services psychiatriques français. De manière générale, nos descriptions et commentaires porteront essentiellement sur les services psychiatriques publics. Ceci représente une limite importante de notre rapport dans la mesure où l'une des caractéristiques du système français est son pluralisme et la possibilité de va-et-vient entre services publics et privés. À plusieurs reprises, des intervenants nous ont dit ainsi référer des patients vers le système privé lorsqu'ils estiment que le type d'aide dont ils ont besoin n'est pas adéquatement couvert par le système public.

En examinant les associations qui relèvent de la Loi 1901, nous montrerons la place qu'occupent également dans le système les structures semi-publiques.

Les trois premiers chapitres de cette partie du rapport touchent à ces questions de contenu. Ils visent à présenter les éléments clé de la réforme intervenue avec la sectorisation des services de psychiatrie publics, sur le plan des idées force et des structures, sur le plan des modèles de pratique et sur celui des services qui opèrent en périphérie de la psychiatrie proprement dite ou qui visent des populations particulières.

Alors que les informations qui concernent les structures sont objectives et aisément vérifiables, celles qui touchent aux modèles de pratique tentent de rendre compte de connotations qui nous ont paru traverser de manière persistante les entrevues et observations réalisées en France. Quoi qu'il faille les considérer avec une certaine réserve, il nous paraît important d'y faire écho car elles peuvent contribuer à une compréhension plus exacte de la spécificité du «fait psychiatrique français» par rapport à la situation québécoise.

Le quatrième chapitre est consacré à la structure politico-administrative des services psychiatriques français. Il se divise en trois parties. La première examine la structure administrative dans laquelle s'inscrivent les services psychiatriques français et la signification très particulière que revêt la notion de décentralisation. La seconde partie concerne les mécanismes financiers qui sous-tendent le fonctionnement des services. La troisième présente les mécanismes par le biais desquels peuvent se mettre en place des structures novatrices.

Le cinquième chapitre vise à effectuer un certain bilan de la situation. Une première partie fait le point sur les limites principales des services actuels alors qu'une seconde partie examine les facteurs de contrainte qui semblent opérer un effet de freinage sur l'actualisation ou le développement du système. La dernière partie de ce chapitre explore les orientations prônées pour le développement des services, actuellement ou dans un proche avenir.

Chapitre I
Des éléments de contexte

1. Le contexte de la réforme des services psychiatriques

1.1 Le climat sociopolitique de l'après-guerre

Dès le début du XIX^{e} siècle, plusieurs psychiatres français avaient souligné l'incapacité de l'asile d'atteindre les buts recherchés et pris conscience de l'incompatibilité qui existe entre traitement et internement. Certaines expériences d'ouverture de l'asile et divers essais de placement dans des villages ou des «colonies familiales» furent alors tentés (A.M.P.S., 1983).

Aux environs de la Première Guerre mondiale, le mouvement connaît un temps d'arrêt et il est intéressant d'examiner brièvement les raisons que donne Audisio pour expliquer le «verrouillage fonctionnel et conceptuel» que subit alors la psychiatrie. Certaines de ces raisons concernent des facteurs extérieurs au champ de la psychiatrie, comme l'état de l'économie du pays et une volonté sociale de remettre de l'ordre dans la société après l'expérience politique de la commune; d'autres sont internes au champ de la psychiatrie elle-même, comme l'évolution «neurologisante» de la médecine psychologique et les thèses sur la dégénérescence et la biotypologie des maladies mentales.

Des jalons sont cependant posés durant les années 20: en termes de structure avec la création des premiers dispensaires d'hygiène mentale; en termes aussi d'acteurs à travers, notamment, le regroupement de psychiatres dynamiques dans le groupe de l'«Évolution psychiatrique», et de courant de pensée avec, dès cette période, l'«infiltration» de la psychanalyse dans la psychiatrie française.

Le climat sociopolitique qui entoure la Deuxième Guerre mondiale va cependant jouer un rôle décisif par rapport à la réforme des services psychiatriques et, surtout, par rapport aux orientations théoriques qu'elle se donne.

D'une part, il faut souligner l'importance que revêt le Front Populaire créé dans le cadre de la lutte contre le facisme et de la guerre d'Espagne. Il prônait l'idée que l'État et la collectivité ont des devoirs en matière de santé publique, qu'il fallait aller vers les populations, créer des dispensaires, faire de la prévention. Ainsi, le ministre de

la santé de l'époque préconise la généralisation de la structure des dispensaires d'hygiène mentale, en 1938.

D'autre part, le climat de l'après-guerre influence profondément les orientations prônées lors des journées nationales psychiatriques françaises en 1945. Ces journées, organisées conjointement par l'Association amicale des médecins des hôpitaux psychiatriques et par la société médico-psychologique de Paris, avaient comme objectif de définir les buts et les moyens d'une réforme des services psychiatriques. Or, plusieurs des psychiatres avaient eux-mêmes vécu dans des camps de concentration et remettaient vigoureusement en question le bien-fondé de toute forme d'internement. De plus, ce qui s'est passé dans les asiles durant la guerre contribua à une prise de conscience qui allait dans le même sens: près de 40 pour cent des aliénés internés étaient en effet morts de faim durant cette période, en même temps que les asiles, utilisés par la résistance, se sont trouvés en quelque sorte réintégrés dans la dynamique du pays en guerre.

C'est donc de l'intérieur de la psychiatrie, mais en harmonie avec des forces et des enjeux situés dans toute la société, que naît en France la remise en question du système. Ce sont les psychiatres eux-mêmes qui, influencés par des expériences personnelles et certains choix politiques, décidèrent de remettre en cause l'organisation des services. Audisio (1980) souligne qu'il s'agit là d'un trait typique à la psychiatrie: alors que dans les autres domaines, les innovations touchant l'école, les prisons, l'Église, les usines ont été portées par de grands mouvements d'opinions, dans le cas de la psychiatrie, les soignants ont souvent l'impression de demeurer les seuls porte-parole des patients. Et cette situation renvoie à la position spécifique de la folie dans notre société. Nous verrons comment un constat similaire a été récemment posé par le gouvernement français devant la difficulté d'impliquer les collectivités locales dans la prise en charge des patients psychiatriques.

Toute une aile du mouvement à cette époque est ainsi marquée par un projet social portant l'empreinte des idéaux du Front Populaire et du mouvement socialiste ou communiste. Ainsi, le petit groupe de psychiatres se rassemblant au moment de la guerre à l'hôpital Saint-Alban était formé de communistes qui essayaient de recréer dans l'asile une communauté thérapeutique soignants-soignés. À l'extérieur de l'asile, Daumezon et ses collaborateurs rendaient le système de santé mentale disponible à la population en développant l'extra-hospitalier. De premières expériences annonciatrices du secteur se mettent en place dans ce contexte.

1.2 Les influences théoriques

Deux grands courants de pensée vont dominer les débuts du mouvement. Le premier est celui qui s'est développé autour des communautés thérapeutiques en Grande-Bretagne. Le second, dont l'importance va aller en s'amplifiant, est celui de la psychanalyse qui va colorer de manière particulière la psychothérapie institutionnelle française.

Nous verrons que l'influence du mouvement psychanalytique demeure dominante au niveau des modèles actuels de pratique en France. Elle nous paraît avoir amené une mise en veilleuse de la dimension de «psychiatrie sociale» qui marquait les journées nationales psychiatriques françaises en 1945.

Le système psychiatrique français donne ainsi l'impression de fonctionner à un double niveau: au niveau social sur le plan des structures et, également, des discours concernant le secteur, ainsi qu'au niveau individuel sur le plan des pratiques concrètes. Nous y reviendrons plus loin.

Nous verrons dans le chapitre suivant que la réforme des services psychiatriques élaborés dans ce contexte repose sur deux idées force, indissociables dans le système français:

— la nécessité de réformer l'asile pour faire de l'institution un instrument de soins;

— la notion de secteur.

2. Le contexte politico-administratif

Le département est un des échelons importants de la structure politico-administrative française. Le préfet y condense deux niveaux de pouvoir. L'un est un pouvoir par délégation, qu'il tient de son rôle de représentant des différents ministres; à ce titre, le préfet est nommé par le gouvernement. Le second est un pouvoir d'intervention et de décision propre qui lui vient du suffrage universel. L'organe du département est le Conseil général, assemblée élue au suffrage universel et qui a le pouvoir de régler toutes les affaires départementales, sauf celles qui incombent à l'État. Ce système vise à assurer un fonctionnement démocratique des institutions à travers des modalités qui conviennent à l'esprit français.

Nous reviendrons plus en détail sur l'organisation administrative des services de santé. Contentons-nous d'indiquer ici que l'organisme principal du préfet dans le domaine qui nous occupe est la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (D.D.A.S.S.). Nous verrons plus loin que les D.D.A.S.S. jouent un rôle clé dans l'organisation et la gestion des services psychiatriques dans les départements:

elles sont le canal à travers lequel sont censées circuler dans les deux sens informations et décisions émanant de l'État et des départements.

Une réforme politico-administrative récente a visé à augmenter la décentralisation de l'administration française par un processus de déconcentration des décisions au niveau préfectoral. Paradoxalement, nous verrons que ce mouvement général s'est accompagné, depuis 1984, d'une nouvelle concentration de tout ce qui concerne les services psychiatriques entre les mains de l'État.

Les départements sont eux-mêmes regroupés en régions, également sous l'autorité d'un préfet assisté d'une direction régionale de l'action sanitaire et sociale. Leur pouvoir est davantage consultatif que décisionnel auprès des départements qui constituent l'échelon de gestion des services de santé. Dans les arrêtés et circulaires qui concernent la sectorisation, l'État donne un rôle important aux départements et aux D.D.A.S.S. Le pouvoir dont ils ont joui jusqu'à très récemment, leur degré différent de sensibilisation aux problématiques psychiatriques et le rôle que jouent ici les élus locaux expliquent en bonne partie l'importance des disparités régionales que l'on observe dans le domaine de la sectorisation.

3. Les jalons vers la sectorisation

L'idée d'une sectorisation des services psychiatriques n'est pas nouvelle en France. On en trouve diverses prémices déjà au XVIII[e] siècle (A.M.P.S., 1983). L'A.M.P.S. cite particulièrement la notion de «domicile de secours», qui définit le rattachement géographique d'une personne malade ou pauvre à une institution hospitalière; elle serait associée à la notion de l'appartenance à une portion de territoire national. À chaque personne correspondait ainsi un domicile de secours, l'organisation des secours étant réservée aux seuls natifs de la commune sous l'Ancien Régime. Les critères permettant de définir le domicile de secours ont changé par la suite, en raison de l'industrialisation et de la mobilité qu'elle entraîne; le principe lui-même est cependant demeuré important et trace la voie à un ancrage territorial des structures.

D'autre part, la Loi de 1838, qui continue à régir les services psychiatriques en France jusqu'à aujourd'hui, a institué pour chaque département l'obligation d'avoir un asile destiné aux aliénés qui ont leur domicile de secours dans le département.

En 1952, Daumezon avait également suggéré le découpage du département de la Seine en secteurs de recrutement. L'année suivante, il propose «la répartition d'aires géographiques et démogra-

phiques entre plusieurs équipes médico-sociales (...), répartition devant être (...) à la mesure d'une équipe médico-sociale cohérente» (Thibodeau, 1976, p. 49). En 1956, Bonnafé présente à la Commission des maladies mentales l'idée d'une réorganisation territoriale de la psychiatrie. Cette idée sera par la suite reprise par le ministère de la Santé qui fait de la politique de secteur la politique officielle de son département en matière de maladie mentale (Thibodeau, 1976; d'après Picard, 1984).

Si l'on considère les textes officiels récents portant sur la politique de secteur, on se trouve néanmoins devant une situation ambiguë. Alors que les orientations de base avaient été définies lors des journées psychiatriques organisées en 1945 puis en 1947, il a fallu attendre 1960 pour que soient publiées les premières mesures réglementaires qui marquent une reconnaissance formelle du principe du secteur.

La circulaire de 1960 comportait, d'une part, un volet préconisant la politique de secteur comme politique de base dans le domaine psychiatrique et, d'autre part, un plan directeur destiné aux anciens hôpitaux psychiatriques. La circulaire énonçait les points principaux de la doctrine de la sectorisation et définissait la norme de 66 666 habitants, soit environ 70 000 par secteur. Cette circulaire a été suivie par la mise en place de certains projets-pilotes originaux dans le domaine de la sectorisation, comme celui de Paumelle dans le XIII^{e} arrondissement et celui de Hochmann puis Guyotat à Villeurbanne. La majorité des psychiatres demeurèrent cependant réticents, voire hostiles (A.M.P.S., 1983). En 1969 puis en 1971, ces circulaires interrogent les administrations locales sur l'état de la réforme des services psychiatriques mais sans qu'aucune pression plus explicite ne soit faite; elles parlent alors d'une déconcentration de la psychiatrie vers les hôpitaux généraux et l'extra-hospitalier mais ne prévoient pas de dispositions financières précises pour le fonctionnement du système. Un des points à relever dans la circulaire de 1971 est qu'elle affirme, pour la première fois, la fatalité de la disparition progressive et partielle de l'hôpital psychiatrique.

Le véritable démarrage des services sectoriels a lieu avec l'arrêté et la circulaire de 1972 qui définissent un cadre réglementaire à la politique sectorielle et permettent de parler de services publics sectoriels.

Sur le plan légal cependant, la psychiatrie française demeure régie par la Loi de 1838, qui définit des modalités de placement d'office (à la demande du préfet) et volontaire (à la demande de la famille) en plus d'assigner à chaque département l'obligation d'avoir un asile.

On se trouve dès lors placé devant une situation paradoxale: d'une part, les arrêtés et circulaires prévoient dans les détails les modalités de l'exercice de la psychiatrie de secteur, nous le verrons, et d'autre part, ils ne suffisent pas à fonder juridiquement l'appareil de soins qu'ils contribuent à mettre en place, ce qui entraîne, notamment, de graves conséquences sur le plan du financement du système (Audisio, 1980).

Entre 1945 et 1972, les acteurs principaux de la réforme psychiatrique ont changé. Alors que les psychiatres progressistes avaient eu le leadership durant la période de l'après-guerre et que la circulaire de 1960 avait été rédigée par le ministre de la Santé entouré de conseillers techniques psychiatres, les relations entre les psychiatres et l'ancienne équipe du Ministère se détériorèrent après 1968, dans un climat sociopolitique globalement plus conflictuel. Selon Audisio, les gestionnaires prennent alors le pas sur les concepteurs; l'administration légifère (en périphérie de la psychiatrie comme avec la Loi d'orientation sur les handicapés de 1975) et réglemente mais sans se donner les moyens d'appliquer ses décisions.

Un petit nombre de psychiatres, regroupés dans le Syndicat de la psychiatrie autour de 1968, nous ont dit qu'ils cherchaient à établir des alliances avec la classe ouvrière et à créer un mouvement social un peu similaire à celui qui a porté la réforme en Italie. Ils demeurent minoritaires à l'heure actuelle mais actifs et engagés dans certains dossiers, comme celui de la réforme des modes de financement et celui de la recherche.

4. Le cadre législatif

4.1 La Loi de 1838

La Loi de 1838, qui continue à régir l'organisation des services psychiatriques en France, a été rédigée, à l'époque, dans un contexte social et politique favorisant un climat de renouveau. Les éléments principaux de ce contexte sont les suivants (Jaeger, 1981):

— une sensibilité populaire aux excès du despotisme après les secousses de la Révolution française;
— une identification de la folie comme maladie;
— une détérioration sociale due à une forte poussée démographique ainsi qu'à la rapidité de l'urbanisation et de l'industrialisation;
— une laïcisation de l'espace social avec la diminution du poids de la religion;
— le quadrillage de la société réalisé alors par la bourgeoisie et un désir de contrôler la classe ouvrière qui se rebellait.

Outre l'organisation institutionnelle des soins psychiatriques, la Loi de 1838 poursuivait deux finalités complémentaires:

- protéger la société (et le malade) en prévoyant la mise à l'écart du patient sous deux modalités d'internement: le placement d'office (à la demande du préfet) et le placement volontaire (à la demande de la famille);
- protéger le malade mental en évitant les séquestrations arbitraires et en assurant l'administration provisoire des biens de l'interné.

La Loi prévoit donc deux modalités de placement en hôpital psychiatrique. Dans le cas des placements volontaires, c'est la famille ou l'entourage qui demande l'admission d'une personne sans son agrément. Les documents exigés sont alors une demande d'admission signée par un proche et un certificat médical.

Dans le cas d'un placement d'office, c'est la volonté de l'Autorité publique qui prime. C'est un arrêté préfectoral qui décide du placement d'office. Bien que le préfet ait l'obligation de motiver sa décision, il n'est pas obligé de le faire en s'appuyant sur un diagnostic médical. Un rapport médical régulier (au premier mois de chaque semestre) est exigé par la suite mais pas au moment du placement. En cas d'urgence, des commissaires de police et les maires peuvent prendre une mesure de placement d'office mais doivent se référer au préfet dans les 24 heures qui suivent; c'est ce dernier qui prend la décision définitive.

Depuis une circulaire datée du 1er mars 1949, la plupart des hospitalisations en milieu psychiatrique se font cependant librement, comme dans les autres services hospitaliers.

Dans les faits, le partage entre placement volontaire et placement d'office peut dépendre des circonstances. Si aucun membre de l'entourage n'est accessible pour signer une demande de placement volontaire, le patient peut se voir classé parmi les placements d'office, particulièrement s'il était arrivé en urgence à l'Infirmerie de la préfecture de police. La différence est de taille puisque la décision de sortie relève du médecin ou de la famille en cas de placement volontaire, du préfet en cas de placement d'office.

Plusieurs reprochent à la Loi le poids trop grand qu'elle accorde aux autorités administratives par rapport aux autorités médicales dans le cas d'un placement d'office, au niveau de l'admission et de la décision de sortie. Des personnes que nous avons rencontrées ont ainsi suggéré l'intervention d'un magistrat avec utilisation de procédures contradictoires.

Même si le préfet s'appuie en fait généralement sur un avis médical, les psychiatres sont très sensibles à l'idée qu'un conflit est théoriquement toujours possible.

4.2 La Loi sur les incapables majeurs (1968)

Au niveau de la protection des biens, la Loi de 1968 sur les incapables majeurs constitue un progrès décisif sur la Loi de 1838. Cette protection est en effet dissociée de son seul lien avec la psychiatrie et l'internement est organisé de manière plus globale dans un contexte de droit commun.

Trois catégories de protection sont prévues dans cette loi: 1) la sauvegarde de justice ou «l'incapable» conserve l'exercice de ses droits mais est «protégé» s'il commet des excès et se lèse lui-même; 2) la curatelle où «l'incapable» conserve seulement l'exercice d'une partie de ses droits, une liste des actes qu'il peut ou ne peut pas faire seul est dressée et la personne est «assistée» pour certains actes de la vie civile; 3) la tutelle où «l'incapable» doit être «représenté» de façon continue. Ces catégories présentent l'intérêt de pouvoir être modulées: on peut, par exemple, être en tutelle pour les biens uniquement et non pas en matière de personnes (comme un mariage) et, d'autre part, le statut peut se modifier au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.

4.3 La Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées (1975)

Comme la loi précédente, la Loi d'orientation en faveur des personnes hadicapées déborde le champ de la psychiatrie, mais régit certains aspects importants des pratiques dans ce domaine.

Les équipes de secteur se sentent directement concernées par cette loi qui touche des aspects importants de la réadaptation de personnes présentant des problèmes psychiatriques graves. Au cours des entrevues réalisées en France, tous les intervenants rencontrés se sont entendus pour la critiquer tout en lui reconnaissant par ailleurs une certaine nécessité. Nous nous limiterons ici à présenter les points essentiels de la Loi, en nous réservant d'y faire écho plus loin quant aux principales objections qu'elle soulève. La Loi place dans une même catégorie handicapés physiques, handicapés sensoriels et handicapés mentaux.

Cette loi fait de l'assistance aux mineurs et adultes handicapés une obligation nationale. L'organe principal de l'assistance est un comité interministériel de coordination en matière d'adaptation et de

réadaptation, assisté d'un conseil consultatif national des personnes handicapées, formé de représentants des associations et des organismes privés et publics concernés. Les grandes dispositions prévues par la Loi sont les suivantes:

— des dispositions financières sous la forme d'allocations d'éducation spécialisée ou d'aide sociale;
— des dispositions relatives à l'emploi; elles devraient faire l'objet d'une concertation entre divers partenaires concernés par les questions de l'emploi (des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs, des organismes ou associations de handicapés, des organismes ou associations spécialisés); la Loi prévoit la modification de certaines dispositions du Code du travail et divers mécanismes de facilitation ou de pression auprès des employeurs, et crée également diverses structures de travail protégé;
— la création de deux commissions clé dans chaque département, qui doivent permettre d'orienter les personnes dans les systèmes mis en place:
  • la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, de qui dépend notamment la reconnaissance du statut de travailleur handicapé; elle prend les décisions relatives à l'orientation dans la structure d'emploi et aux allocations financières;
  • la Commission d'éducation spécialisée, qui s'occupe également de question d'allocation et de l'orientation vers les établissements;
— un ensemble de dispositions relatives à l'hébergement et des dispositions devant favoriser la vie sociale (comme des dispositions architecturales, des allocations de logement, l'adaptation des services de transport collectif, etc.).

Nous verrons plus loin que l'objection de base qui a été faite à cette loi est la contradiction entre l'esprit de la Loi et l'idée d'un projet thérapeutique.

Chapitre II
La sectorisation des services psychiatriques

1. Les articulations de base de la réforme

La racine de la réforme des services psychiatriques français est une réflexion sur les notions de soins et de thérapie plutôt qu'un projet social ou une problématique de réinsertion comme telle, comme cela a été le cas dans d'autres pays. Ceci va colorer de manière importante les discours sur la réforme et l'orientation des pratiques qui se mettent en place dans ce contexte.

Cette position amène les psychiatres progressistes, fortement majoritaires, à poser deux prémisses indissociables sur lesquelles va s'appuyer toute la réforme:

1) Une réforme de l'asile

Dans la ligne du mouvement français de psychothérapie institutionnelle, il s'agit de pouvoir utiliser l'institution comme instrument de soins, de pouvoir constituer une «bonne institution» qui pourra prendre sa place dans un projet thérapeutique véritable.

C'est dans ce contexte que se mirent en place, après la guerre, des hôpitaux-village. Très rapidement, on y observe une tension entre deux courants principaux: celui des «ouvriers de la psychiatrie», qui insiste sur le rôle du personnel non médical et veut reconstituer dans l'asile les schèmes de la communauté extérieure, et celui des psychanalystes qui ont une vision beaucoup plus professionnelle de la réforme.

2) Une pensée sur le secteur

Il s'agit ici de remettre en cause l'utilisation de l'hospitalisation systématique comme instrument de soins et de promouvoir l'essor des consultations externes.

Ce qui paraît caractériser le système français, du moins selon un des défenseurs du principe de la sectorisation auquel je vais me référer largement dans cette première partie (Audisio, 1980), est l'idée que ces deux éléments sont indissociables:

— il est impossible de désaliéner l'hôpital psychiatrique tant que l'ensemble du personnel soignant ne passe pas au moins une partie de son temps de travail en dehors de l'hôpital;

— il est impossible de pratiquer une véritable politique de secteur sans un travail institutionnel préalable et concomitant.

Les conceptions actuelles sur le rôle de l'asile sont sans doute un peu moins optimistes. Un de nos interlocuteurs nous a fait remarquer qu'«il n'y a pas de bonnes institutions, il y en a seulement de moins mauvaises». On n'envisage cependant guère sa disparition et la notion de «droit d'asile» demeure importante dans les discours entendus.

Ces prémisses de base se sont traduites en trois principes d'action que l'on retrouve dans plusieurs des textes sur la sectorisation et qui sont à nouveau posés comme étant interdépendants:

1) Le souci d'inscrire la réforme dans une réflexion sur la thérapie amène à avancer le principe d'un impératif de soins. Un de nos interlocuteurs a souligné que ce projet thérapeutique est en rupture manifeste avec la notion de «dangerosité» que met en avant la Loi de 1838.

   Dans ce contexte général, une démédicalisation de la prise en charge apparaît comme un risque majeur. Dans une ligne voisine, Audisio dit, par exemple, qu'il est important de conserver l'idée d'une certaine différence entre soignants et soignés; autant il faut travailler à la reconnaissance des similitudes entre ces acteurs, autant le fait d'invoquer entre eux une stricte identité lui paraît constituer une nouvelle marque de rejet de la maladie mentale.

2) La jonction entre le désir de maintenir à la fois les deux pôles du système (l'asile et l'extra-hospitalier) et le projet thérapeutique dont nous venons de parler amène à énoncer qu'il faut éviter une dichotomie des prises en charge en fonction, par exemple, de la gravité des problèmes ou de leur durée, et viser une continuité entre l'interne et l'externe.

   Les progrès de la science médicale n'ont pas en effet les mêmes implications en psychiatrie que dans les autres disciplines. Alors que dans d'autres branches de la médecine, ils incitent à l'hospitalisation dans des départements à haute technicité, on se rend de plus en plus compte, dans le cas de la psychiatrie, que le malade n'est pas transportable et que, déraciné de son milieu, on ne peut le traiter que partiellement. Dans ce cadre, la technicité s'exprime en termes d'investissement humain. Il ne peut dès lors être question en psychiatrie de concevoir un emboîtement des services selon une structure pyramidale.

   Une coupure entre traitements internes et externes comporterait des risques graves: celui que l'institution, continuant à exister

comme un espace séparé, demeure un «appel au remplissage»; celui également que les organismes sectoriels soient tentés de rejeter leurs échecs vers l'institution. Dans l'esprit de ses promoteurs, la notion de secteur devrait permettre d'éviter un tel écrémage et le rejet en cascade des patients les plus lourds.

Sur le plan des structures, cela veut dire qu'il faut intégrer l'établissement psychatrique dans un ensemble extra-hospitalier plus vaste. Alors que les dispensaires traditionnels se présentaient comme une émanation de l'hôpital, le dispensaire de secteur est censé être le nœud du système et est articulé sur des lits d'hospitalisation qui lui correspondent.

Sur le plan organisationnel, les réformateurs prônent une responsabilité unitaire de l'équipe sectorielle, la même équipe devant avoir en charge les deux pôles de l'action. Ainsi, l'asile demeure mais il s'inscrit à présent dans un système plus vaste et devrait être destiné à soigner la maladie dans ses épisodes aigus.

3) Le troisième principe d'action de la sectorisation, qui se situe dans la ligne de pensée du «secteur» et de la psychiatrie sociale, est le refus de ségrégation vis-à-vis du malade mental.

Ce refus est justifié de deux façons principales. D'une part, la pathologie mentale tend à créer un divorce entre la société qui rejette les patients et les malades qui s'excluent eux-mêmes des rapports sociaux. Il apparaît dès lors important d'aider la personne à garder une place dans la société; il ne faut pas répondre à la demande d'exclusion formulée par l'entourage mais traiter cette demande elle-même. De cette optique découle l'idée que l'action sociale est un complément indispensable à la thérapie, au sens où elle vise une désaliénation du patient ou la promotion d'une acceptation de la maladie par le malade et la société.

D'autre part, le trouble apparaît à beaucoup comme le résultat d'une interaction entre le malade et son environnement.

C'est donc l'entrourage aussi bien que le patient qui paraissent, dans ce contexte, devoir être les cibles de l'intervention. Il faut recentrer l'action psychiatrique vers la cité, dans la ligne du principe d'action précédemment cité.

Les différentes personnes que nous avons rencontrées ont insisté sur le fait que la sectorisation représente essentiellement un changement d'esprit de l'équipe, qui seul permet la mise en place de structures souples et mobiles. Les représentants du syndicat de la psychiatrie ont mis particulièrement l'accent sur deux éléments de ce nouvel état d'esprit: le fait que le mouvement indique la possibilité d'une alliance avec une personne qui n'était jusqu'alors

qu'objet de soins, et le fait qu'il rend possible un rapprochement avec le tissu de vie d'où émanent un certain nombre des patients.

2. Une mise en forme dans des textes officiels

Si l'on fait abstraction de la circulaire de 1960 et de son caractère précurseur, on peut dire que ce sont essentiellement deux circulaires et un arrêté publiés en 1972 qui ont instauré la mise en place concrète de la réforme des services psychiatriques en France.

2.1 Arrêté et circulaire sur la sectorisation, du 14 mars 1972

L'arrêté de 1972 définit un certain nombre de principes qui vont orienter l'implantation concrète de la sectorisation:

— il renvoie, au niveau du département, l'obligation d'organiser le «service public de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies», en indiquant la responsabilité du préfet dans ce domaine;

— il définit le principe de la division du département en secteurs géographiques de psychiatrie; la délimitation du secteur sera chaque fois assurée par une convention spéciale entre le département et un hôpital appelé à apporter son concours à la création et au fonctionnement du secteur;

— sur le plan du contenu, l'arrêté définit les agents clé de l'intervention, soit une équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité d'un médecin-chef de secteur, et des institutions hospitalières et extra-hospitalières[1] diversifiées.

L'arrêté confirme ainsi la double polarité, hospitalière et extra-hospitalière, du secteur et affirme à la fois la pluridisciplinarité de l'équipe et le leadership médical. La circulaire attenante à l'arrêté reprend aussi le principe de la continuité de la prise en charge. Il faut noter que la circulaire insiste sur l'importance de consulter plusieurs acteurs politiques, administratifs et sociaux avant de fixer le règlement départemental. Elle insiste particulièrement sur la flexibilité et la nécessité d'adapter des structures aux conditions locales. Elle laisse le choix entre différents schémas possibles au niveau de la gestion du secteur.

Un autre point important à mentionner dans cette circulaire est un appel à une articulation de l'équipe de secteur autour du réseau plus large des services et des structures qui fonctionnent déjà sur

1. Par institutions extra-hospitalières, nous entendons un ensemble de structures d'hébergement, de soins et de réinsertion localisées à l'extérieur de l'hôpital, que ces structures relèvent du secteur public ou d'associations privées.

le même territoire. Ce rapport doit se faire dans un esprit de complémentarité plus que de compétition et certains moyens de pression sont indiqués pour renforcer une concertation effective entre les différents acteurs concernés. La nécessité d'une collaboration avec les hôpitaux généraux et les hospices pour personnes âgées est particulièrement accentuée, bien qu'elle demeure difficile à mettre en pratique.

2.2 Circulaire sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, du 16 mars 1972

S'appuyant sur plusieurs textes antérieurs, la circulaire du 14 mars 1972 sur l'organisation des services de psychiatrie générale prenait pour acquis les avantages du secteur. La circulaire qui concerne les services aux enfants et aux adolescents manifeste par contre un souci de fonder les réformes dans l'évolution récente de la psychiatrie juvéno-infantile. Elle s'attache principalement aux implications du remaniement qu'a connu la nosographie en psychiatrie de l'enfant; les notions de quotient intellectuel et d'incurabilité sont particulièrement remises en cause.

Deux éléments retiennent ici notre attention:

1) une redéfinition différente des objectifs qui doivent faire une large place à la prévention. La circulaire reprend les trois niveaux classiques de la prévention, en indiquant, chaque fois, quels sont les acteurs qu'ils impliquent: la prévention primaire face à laquelle le psychiatre ne joue que le rôle d'un consultant et doit coopérer avec d'autres organismes; la prévention secondaire où le psychiatre est l'un des partenaires possibles; la prévention tertiaire qui apparaît comme le domaine propre de la psychiatrie.

   De cette insertion de la psychiatrie dans un ensemble plus large de pratiques et d'actions découle l'importance d'une double articulation de l'équipe: autour des secteurs de psychiatrie générale, d'une part, et autour des structures dévolues à l'enfance inadaptée, d'autre part. La concertation devra se faire sous l'égide des autorités préfectorales. Elle devrait être facilitée par deux types de mesure, soit l'institution d'ensembles cohérents d'établissements relevant de différents ministères dans une même zone géographique, et la création de «groupements d'établissements» à travers différentes formules de jumelage;

2) l'affirmation de l'originalité de la psychiatrie infantile, à laquelle correspond la nécessité de la création d'une équipe spécifique en psychiatrie juvéno-infantile. Les secteurs «enfants» devraient correspondre en principe à trois secteurs adultes et couvrir ainsi envi-

ron 200 000 habitants; ce découpage n'a pas la prétention de constituer un modèle idéal mais tient compte de la pénurie actuelle dans ce domaine; des aménagements sont cependant possibles en fonction des réalités locales. Le principe de base est de prendre en charge un enfant qui continue autant que possible à vivre dans son milieu familial.

L'originalité de la psychiatrie juvéno-infantile est également illustrée dans toute la section de la circulaire qui traite du bilan diagnostique. Elle indique quels principes il faut suivre, énumère certains moyens dont on dispose pour réaliser un tel bilan en psychiatrie juvéno-infantile et précise des éléments quant au suivi à donner au bilan.

Toute une gamme d'établissements et de structures est introduite ici. Le document présente la pièce maîtresse du dispositif de psychiatrie juvéno-infantile constituée par les centres de diagnostic et de traitement ambulatoire: le dispensaire d'hygiène mentale, dont l'équipe est itinérante, la consultation hospitalière externe et le centre médico-psychopédagogique. Le document présente aussi des établissements à séjour partiel (l'hôpital de jour, caractérisé par la primauté de l'action thérapeutique, et l'externat médico-pédagogique où devrait s'exercer essentiellement une pédagogie sous contrôle médical), des établissements à séjour continu (services hospitaliers et instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels fonctionnant en internat) et des établissements de suite pour des adolescents et des adultes ne pouvant être intégrés dans un milieu socioprofessionnel normal.

Dans la ligne des principes posés par ces arrêtés et circulaires, on a cherché à promouvoir la création de structures d'intervention et la mise en place de modèles de pratique appropriés aux orientations de la réforme. Nous allons examiner ici quelles sont les structures de services qui devraient rendre opérationnels les principes de la sectorisation, en nous demandant ensuite si la réalisation concrète paraît correspondre au modèle idéal des services sectoriels.

Ce premier aperçu structurel sur les services psychiatriques français sera complété dans le chapitre suivant par une analyse plus qualitative du fonctionnement de ces services.

3. La mise en place des structures

La circulaire concernant la constitution d'intersecteurs junévo-infantiles avait énuméré une série de ressources destinées aux enfants et adolescents. Par contre, la circulaire de 1972 sur la création du secteur en psychiatrie générale demeure relativement silencieuse sur les structures à mettre en place dans ce cadre:

«Le secteur est constitué de divers services destinés à permettre l'exercice des activités de prévention, de cure (y compris les traitements ambulatoires) et de post-cure que nécessite l'état du malade» (p. 8).

Plus loin, la circulaire souligne qu'il faut

«Utiliser toutes les ressources, souvent encore cloisonnées à l'heure actuelle et parfois même anarchiques, pour assurer une continuité véritable de la prise en charge du malade».

Le modèle idéal qui sous-tend l'idée de secteur est celui d'un équipement sectoriel complet comprenant toute une gamme de ressources intermédiaires entre l'hospitalisation à temps plein et une vie «normale» dans la communauté. Audisio (1980), auquel nous allons à nouveau nous référer pour présenter le schéma idéal de ces structures, distingue ainsi quatre grands niveaux de service qu'il appelle des «pratiques de secteur», à savoir des consultations externes dans des dispensaires, des soins à domicile, des hospitalisations partielles et des structures non hospitalières.

Nous allons commencer par les passer brièvement en revue. En un second temps, nous examinerons la manière dont se présente la réalité concrète par rapport à ce modèle idéal de services sectorisés.

3.1 Un équipement sectoriel en quatre grandes composantes

Nous avons vu que la réforme des services psychiatriques ne s'est pas réalisée dans un vacuum. Dès le milieu du XIX^{e} siècle, diverses sociétés de patronage, inspirées fortement des principes d'aide développés par rapport aux prisonniers libérés, avaient implanté des sortes de foyer de post-cure. Au XX^{e} siècle cependant, cet élan diminue fortement, sans doute en raison de l'absence de méthodes thérapeutiques suffisantes.

3.1.1 Des consultations externes

Le premier antécédent direct des structures sectorielles actuelles est constitué par les consultations externes créées par Toulouse à l'hôpital Henri-Rousselle, à partir de 1922, en réaction contre le système d'internement. Ces dispensaires demeuraient malheureusement cantonnés dans l'hôpital psychiatrique. Cette initiative fut par la suite rapidement renouvelée par la création d'autres dispensaires d'hygiène mentale, à Nancy et à Paris, mais la Deuxième Guerre mondiale marqua un temps d'arrêt dans l'élaboration des structures extra-hospitalières (Thibodeau, 1976).

Au début, ces consultations externes étaient dites de «post-cure» et destinées aux malades ayant quitté l'hôpital; peu à peu, elles se sont élargies pour s'adresser également à des personnes non hospitalisées, jouant ainsi un rôle de services de première ligne, se sont données une fonction de dépistage et de consultation et ont cherché à prévenir les hospitalisations. Actuellement, on peut dire que le dispensaire constitue véritablement le pivot du travail de secteur.

La question de la localisation de ces structures s'est toutefois rapidement posée. Dans la mesure où les hôpitaux psychiatriques étaient souvent relativement éloignés, on a pris conscience de la nécessité d'une disponibilité quasi permanente de structures de soins sur le terrain du secteur lui-même. Par ailleurs, les particularités d'une intervention psychothérapeutique entraînent un risque de saturation rapide de ces structures externes. Audisio remarque qu'elles ne peuvent survivre qu'en disposant elles-mêmes d'autres possibilités de prise en charge des patients.

Les premiers centres de consultation externe se sont développés dans le cadre du courant de «psychiatrie sociale» mentionné plus haut. Ils ont ainsi pris le nom de «dispensaires d'hygiène mentale». On préfère actuellement les appeler «centres médico-psychologiques» ou «centres psychothérapeutiques» pour lutter contre les connotations péjoratives qui étaient attachées au terme de dispensaire, terme qui demeure cependant encore largement utilisé dans la vie courante.

Les équipes de secteur peuvent aussi disposer d'«antennes de secteur» dans lesquelles elles assurent une permanence durant certains jours de la semaine et entre lesquelles elles circulent, ce qui permet un fonctionnement souple de l'équipe et une meilleure insertion dans les milieux.

3.1.2 Les visites à domicile

Comme second type de pratique de secteur, Audisio cite les visites et les soins à domicile. Nous les reprenons ici, même s'il s'agit davantage d'un modèle de pratique que d'une structure de services proprement dite, pour mettre en relief son importance dans le modèle français. À nouveau, on observe une évolution entre le contexte dans lequel s'inscrivaient les premières visites à domicile et leur place dans un modèle sectoriel idéal.

Au début, la visite semble avoir été l'apanage du médecin ou de l'assistante sociale. Il s'agissait surtout de surveiller l'évolution du comportement du malade, de retour dans son milieu. Actuellement, cette pratique serait devenue une véritable modalité autonome de prise en

charge et s'inscrit dans le projet thérapeutique élaboré en référence à un patient donné. Les visites à domicile sont généralement effectuées par l'infirmière, parfois par plusieurs membres de l'équipe, dont le médecin.

Selon Audisio, la place des visites à domicile dans la pratique de secteur se conçoit de deux manières différentes, suivant les équipes. Pour certains, la prise en charge à domicile est une simple «disposition tactique» dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, l'équipe soignante visiteuse jouant alors le rôle d'un relais relativement supportable entre le patient et le thérapeute et permettant un contact avec l'entourage. D'autres font, des visites à domicile, une véritable technique de soins qui devient souvent un outil remarquable de thérapie collective. Les soignants sont en effet présents dans le lieu de tension maximale entre le patient et le monde, et les visites déboucheraient souvent sur des séances de groupe réunissant soignants, malade et entourage.

Les visites peuvent se faire à chaque semaine ou plusieurs fois par semaine, chaque jour ou plusieurs fois par jour lors d'une crise importante. Dans certains cas, les visites se transforment en une véritable hospitalisation à domicile; il s'agit de patients pour lesquels le cadre de vie habituel constitue un lieu de sécurité fondamental et pour lesquels le maintien à domicile est le seul moyen d'éviter une désorientation complète de la personne.

Il faut noter que des visites à domicile spontanées ne se font que dans le cas de patients déjà connus de l'équipe; dans le cas d'une nouvelle personne, le personnel soignant ne se rend à domicile que sur invitation du patient ou de son entourage.

3.1.3 Les hospitalisations partielles

Le troisième type de «pratique de secteur» est constitué par les hospitalisations partielles, également populaires en France. Les hospitalisations de nuit sont généralement destinées à des patients qui travaillent durant le jour et reviennent dormir à l'hôpital. Selon Audisio, elles devraient pouvoir être évitées si l'on disposait de suffisamment de foyers de post-cure ou d'hôtels protégés spécialisés. Des psychiatres rencontrés à l'hôpital psychiatrique de Valbert, près de Marseille, se sont par ailleurs élevés contre l'idée que l'hôpital de nuit représente un simple lieu d'hébergement. Dans leur cas, l'hospitalisation de nuit est une structure individualisée à laquelle correspond un pavillon spécifique. Dans le cas d'autres hôpitaux, elle prend place dans quelques lits dispersés dans les unités ordinaires.

Les hôpitaux de jour peuvent, soit être rattachés aux hôpitaux, ce qui n'est réellement concevable que si ces derniers ont une bonne implantation dans la communauté locale, soit demeurer à l'extérieur de ces hôpitaux. Dans le premier cas, le point de vue qui domine tend à être celui de la post-cure; dans le second, on insiste sur le rôle effectif de l'hôpital de jour en tant qu'authentique milieu de soins. Le fait de pouvoir disposer de cette assise institutionnelle aiderait le secteur à ne pas trier ses malades et à ne pas renvoyer les plus lourds d'entre eux vers d'autres lieux de prise en charge. À Lyon, on nous a aussi mentionné l'existence d'un hôpital séquentiel à temps complet, qui accueille les patients deux ou trois jours par semaine.

Audisio souligne à nouveau que l'hospitalisation partielle n'a de sens qu'à l'intérieur d'un projet thérapeutique vis-à-vis d'un malade donné. La grande souplesse de ce système permet d'apparier plus facilement un patient défini avec la ressource qui lui convient le mieux à un moment particulier de son histoire.

3.1.4 Les institutions non hospitalières

Parmi les institutions non hospitalières, il existe toute une gamme de structures parmi lesquelles on peut sans doute distinguer celles qui sont essentiellement concernées par l'hébergement et celles qui ont davantage pour objet l'occupation. On les désigne parfois par le terme de «structures intermédiaires». On insiste alors sur le fait qu'il s'agit d'un «ensemble communautaire à petite échelle, inséré au maximum dans la vie sociale et pouvant servir d'intermédiaire dans toutes les situations de rupture avec celle-ci» (Ingels, 1984).

Parmi ces dernières, les clubs thérapeutiques se rapprochent fortement des hôpitaux de jour, la différence étant souvent surtout d'ordre administratif. En effet, comme les institutions qui relèvent de l'idée d'hospitalisation dépendent d'un budget différent des autres structures de réinsertion, le fait de qualifier un programme d'«hôpital de jour» peut répondre à des raisons tactiques administratives.

La visée thérapeutique est, en principe, moins prononcée dans les clubs que dans les hôpitaux de jour, bien qu'Audisio insiste sur le fait que leur objectif de base demeure les soins. La structure des clubs paraît cependant plus «ouverte»; ils se présentent comme des lieux de rencontre, d'échange, d'entraide, où peuvent se rencontrer malades, entourage et visiteurs. Dans certains cas, ces clubs sont établis dans un appartement implanté dans une communauté d'habitation. Ceci favorise la participation des gens du quartier aux activités du centre. L'accueil des patients, les échanges et les séances de thérapie peuvent s'y dérouler dans un lieu plus intime, plus léger

que dans les institutions plus importantes. L'articulation constante entre ces lieux, qu'Audisio appelle des «appartements thérapeutiques», et le centre principal du secteur serait importante pour éviter la ségrégation des malades entre les divers lieux institutionnels du secteur.

Nous examinerons sous un point séparé les structures qui concernent davantage la question du travail. Au niveau de l'hébergement, les structures principales sont les appartements thérapeutiques, les foyers de post-cure et les hôtels protégés.

Les hôtels protégés ou les foyers de post-cure peuvent être assimilés à des hospitalisations de nuit, dans la mesure où le patient vaque à ses occupations de type professionnel durant la journée et y revient le soir. Ils représentent une sorte d'extériorisation de cette formule à l'extérieur des murs de l'hôpital.

Des différences importantes existent néanmoins entre les formules du foyer de post-cure et de l'hôtel protégé, ou «foyer thérapeutique de nuit». Les règlements intérieurs du foyer sont plus stricts et généralement centrés sur l'emploi, dans la mesure où le patient doit posséder un travail pour y être admis. L'admission dans ces foyers serait un acte médico-socio-administratif quasi imposé au malade. Dans le cas des hôtels protégés, le règlement intérieur est limité au strict minimum et la personne n'a pas à justifier son emploi du temps. L'entrée à l'hôtel repose davantage sur un accord «en vue de quelque chose» entre le malade et ceux qui acceptent de le recevoir. Le projet thérapeutique y aurait une plus grande place.

Deux situations sont possibles. Dans certains cas, ces structures sont le prolongement d'un service d'hospitalisation et elles peuvent alors demeurer sous le contrôle direct du personnel hospitalier ou posséder un personnel propre, et passer un contrat avec le service hospitalier d'origine qui s'engage à reprendre le malade si c'est nécessaire. C'est alors le service hospitalier qui est souvent à l'origine de la création de la structure. Selon Audisio, ce schéma, qui reste hospitalo-centrique, est le plus courant. Les risques principaux qui y seraient attachés sont, d'une part, un manque de suivi sur le plan du projet thérapeutique et, d'autre part, une tendance à rejeter certains patients vers ces structures extra-hospitalières. Dans l'autre formule, les hôtels et foyers sont strictement indépendants des services d'hospitalisation. Le risque principal ici est le fait que l'institution extra-hospitalière, ayant la pleine liberté de choisir sa clientèle, tend à manifester de la ségrégation et à rejeter les patients les plus difficiles vers l'hôpital, cette fois.

Pour Audisio, la solution à ce dilemme serait de passer une convention entre ces institutions extra-hospitalières et les services sectoriels, et non plus avec les hôpitaux. Cette formule permettrait un suivi des patients par l'équipe de secteur, quelle que soit leur insertion institutionnelle; il faudrait alors, selon lui, que le personnel d'encadrement de ces institutions soit, d'une façon ou d'une autre, rattaché aux équipes concernées. Il lui apparaît fondamental que ces institutions ne deviennent pas une source de création de malades «hors secteur, fatalement mal pris en charge» (p. 163).

Nos entrevues ont permis de compléter cette liste de structures sectorielles extra-hospitalières d'hébergement, particulièrement par la considération des appartements thérapeutiques et des familles d'accueil.

Les appartements thérapeutiques, entendus cette fois comme lieu d'hébergement, constituent également des lieux de transition destinés à des malades stabilisés, mais encore fragiles. La différence principale avec le foyer de post-cure tient principalement au fait que les «locataires» jouissent ici d'une plus grande autonomie. Selon Reverzy, il s'agirait d'une «démarche où prime en fait la réinsertion sociale, plutôt que la thérapeutique» (1980, p. 25); des psychiatres que nous avons rencontrés ont par contre insisté sur l'importance particulière que revêt un soutien thérapeutique dans ce contexte. Plusieurs pensionnaires se regroupent souvent dans ce type d'appartement, se choisissant dès avant leur arrivée. Dans certains cas, comme à Lyon, le projet thérapeutique est plus affirmé. Les patients y habitent seuls mais reçoivent une thérapie de groupe assortie de la vie collective en appartement. Il existe aussi des foyers d'accueil dont le financement dépend du social et qui sont destinés à l'hébergement de personnes indigentes. Ces foyers ne sont cependant pas spécialisés pour l'accueil de patients psychiatriques et l'on ne peut penser les y faire admettre qu'en échange d'une grande présence sur place de l'équipe de secteur, afin d'y sécuriser le personnel et le directeur du foyer.

Les familles d'accueil apparaissent surtout répandues en milieu rural. Ces familles sont soigneusement sélectionnées, après une longue entrevue qui a surtout pour objet de tester la qualité et la force de la motivation sous-jacente ainsi que les intentions de la famille en termes de l'insertion du patient dans la vie quotidienne. Les familles d'accueil hébergent le plus souvent un malade, parfois deux. Un premier séjour d'une fin de semaine ou deux permet à la famille et au patient de se familiariser l'un avec l'autre et de tester leur réaction à ce projet de cohabitation. Le patient continue à être suivi durant son séjour dans la famille; l'équipe le voit en entrevues individuelles

ou de groupe, tout comme elle effectue également un suivi de la famille. Une des équipes nous a dit que, pour que cette formule ait des chances d'aboutir à des résultats positifs, il était important que la famille d'origine du patient y acquiesse d'une certaine manière et ne se sente pas trop menacée par les liens qui vont se créer entre le patient et la famille qui a accepté de le prendre en charge.

Il faut enfin mentionner quelques structures extra-sectorielles,surtout recherchées par les intervenants de la région parisienne en raison de la plus grande pénurie de ressources intermédiaires dans la métropole. Parmi les plus connues, citons les colonies familiales fondées avant la Deuxième Guerre mondiale. Il s'agit d'un hôpital psychiatrique situé à la campagne et où les patients les moins atteints font l'objet d'un placement dans les familles avoisinantes qui acceptent d'héberger de trois à quatre patients. Leur originalité est de reposer sur des interactions entre un village et un hôpital, entre habitants, personnel et patients. La structure de village permettrait un plus grand contrôle de patients par ailleurs assez lourds.

Ces structures ont permis un dégagement de la région parisienne pour une série de patients mais, actuellement, elles sont moins utilisées, soit parce que ces unités ont à présent leur propre secteur, réservant à leurs patients ce placement dans les familles accessibles, soit encore parce que les malades eux-mêmes refusent d'aller à la campagne.

Dans les départements défavorisés sur le plan du travail, certaines personnes acceptent également d'offrir à un ou plusieurs patients ce que l'on appelle des «lieux de vie» caractérisés le plus souvent par une orientation antipsychiatrique et coordonnés par le réseau des structures intermédiaires. Il faut enfin mentionner, pour les femmes, la possibilité d'être hébergées dans des foyers religieux qui, cependant, exigent de leurs pensionnaires qu'elles retravaillent rapidement.

3.1.5 Les structures de réinsertion par le travail

La Loi d'orientation sur les handicapés privilégie une réinsertion dans le milieu de travail normal. La Loi du travail imposerait ainsi à toute entreprise de plus de dix employés d'avoir un certain quota de travailleurs handicapés. En fait, cette règle serait très peu appliquée, les entreprises préférant payer une amende, qui demeure insignifiante et n'est d'ailleurs souvent pas appliquée, plutôt que de subir la perte et les problèmes que représente l'engagement de personnes handicapées. Certaines entreprises, comme la Régie Renault, ont créé leur propre atelier destiné aux membres de leur personnel qui ont des problèmes de handicap. Les grandes administrations ont par ailleurs cer-

tains emplois qui sont prioritairement réservés aux handicapés, et jadis aux anciens combattants.

Deux grandes structures de travail protégé existent par ailleurs: les Centres d'aide par le travail (C.A.T.) et les ateliers protégés. Ces derniers sont destinés aux personnes qui présentent une capacité de travail au moins égale à un certain pourcentage de la capacité de travail normale telle que fixée par décret; des centres de distribution de travail à domicile desservent le même type de personnes. Ces structures sont censées parvenir à équilibrer leur budget. Les personnes qui y travaillent sont considérées comme d'authentiques salariés. Le salaire en atelier protégé est fixé en tenant compte de l'emploi, de la qualification et du rendement, mais ne peut être en deçà d'un certain minimum. Il faut noter que ces structures demeurent cependant relativement rares.

Les C.A.T. sont destinés à des handicapés plus lourds. Ils sont administrativement sous la double tutelle de la D.D.A.S.S. qui leur donne «un prix de journée», et du ministère du Travail. Ils reçoivent un travail de sous-traitance des entreprises. Le soutien qu'ils apportent aux personnes handicapées se situe en fait sur trois plans différents: la possibilité d'activités diversifiées à caractère professionnel, un soutien médico-social et éducatif, et un milieu de vie. Certains C.A.T. ont un lieu d'hébergement qui leur est associé.

L'entrée dans la structure de travail protégé se fait par le biais d'une décision de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Cette dernière est formée de représentants de toutes les personnes concernées, dont les usagers et les organismes, et d'une équipe technique composée de médecins, psychologues et assistants sociaux.

Son mandat comporte en fait deux volets. Le premier dépend du ministère du Travail et s'occupe de reconnaître le statut de travailleur handicapé, avec trois échelons possibles de handicap; il offre également à des personnes les moyens de réinsertion définis plus haut et qui varient en fonction du niveau de handicap défini par la Commission. Concrètement, dans la mesure où les structures de travail protégé demeurent très rares, les personnes autorisées par la COTOREP à y avoir accès sont inscrites sur une liste d'attente, souvent de plusieurs années.

L'autre volet du mandat de la COTOREP est géré par la D.D.A.S.S., la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Elle reconnaît également l'invalidité de la personne et lui attribue une carte d'invalidité; elle s'occupe de ce qui concerne les

allocations budgétaires éventuelles (l'allocation pour adulte handicapé et l'allocation compensatrice à la tierce personne) et les placements de longue durée. Il faut noter que les évaluations effectuées par chacune des deux parties de la Commission se font de manière indépendante, bien que des communications s'établissent.

Les membres de la COTOREP sont convoqués à chaque mois pour évaluer un certain nombre de dossiers qui sont présentés par des professionnels, eux-mêmes engagés dans une activité de secteur et sur recommandation d'un psychiatre et d'un psychologue qui connaissent le cas. Il s'agit de dépister les prises en charge possibles. Chacune des personnes dont on discute le cas est rencontrée. Cette procédure apparaît extrêmement lourde mais l'idée actuelle d'engager un personnel spécial pour préparer les dossiers est ressentie comme une régression en raison de l'éloignement qu'elle implique par rapport à la pratique.

3.2 La réalité sectorielle

Dans le concret, un tel appareil sectoriel est rarement disponible et l'on observe une grande variété entre les différents secteurs. Le modèle idéal d'un tel équipement est représenté par le XIII^e^ arrondissement, à Paris; créé dès 1961 par Paumelle, il a servi d'exemple de sectorisation «réussie». La situation est cependant partiellement paradoxale dans la mesure où ce modèle de référence s'est développé d'une certaine façon en marge des services publics de psychiatrie, dans des conditions administratives et financières atypiques et avec des moyens exceptionnels. Remarquons déjà ici que, sur un plan plus structurel, l'un des indices du caractère «à part» de l'expérience du XIII^e^ arrondissement est qu'elle s'est déroulée sans être rattachée au départ à aucune structure hospitalière. C'est en un deuxième temps seulement que l'équipe du XIII^e^ a créé son propre hôpital psychiatrique, à Soisy, en périphérie de Paris. Elle n'avait donc pas à assumer le poids de l'héritage d'anciennes structures asilaires.

L'équipe du XIII^e^ est parvenue à implanter un établissement sectoriel extrêmement complet, même s'il continue à apparaître insuffisant à ceux qui y travaillent. Nous en reprenons ici les éléments principaux, en guise d'illustration des ressources qui sous-tendent la sectorisation dans une situation idéale:

— Au niveau des structures permettant un suivi thérapeutique en externe:
  - un dispensaire avec les consultations habituelles;
  - un hôpital de jour, sur le territoire du XIII^e^ arrondissement;

- un centre de psychanalyse-psychothérapie;
- un club thérapeutique, le Club des Peupliers;
- une unité du soir, avec notamment la présence d'une institutrice s'occupant des personnes qui ont des problèmes à lire, écrire ou calculer.

— Au niveau des structures d'hébergement:
- l'hôpital psychiatrique de Soisy-sur-Seine;
- deux foyers: celui de Soisy, qui fonctionne suivant un modèle de «déchronicisation», et le Foyer Vateau;
- une polyclinique, qui comporte un lieu de crise recevant des patients pour de brèves périodes, et un lieu foyer;
- deux appartements thérapeutiques (pour trois patients): l'un à Paris, l'autre à Soisy;
- des placements familiaux pour adultes et des placements familiaux pour enfants.

— Au niveau des structures de travail: les Ateliers du Fleuron.

— Au niveau des structures destinées à certains groupes d'âge:
- deux centres de gérontologie qui sont de plus en plus autonomes par rapport à l'équipe de secteur;
- un centre mobile destiné aux personnes âgées maintenues à domicile et qui ont besoin de soins physiques, pour une période maximale de trois mois;
- un lieu de jour pour adolescents, le centre Maison Blanche;
- le centre Binet.

L'équipe a en outre comme projet de créer un lieu pour débiles déficitaires, destiné aux jeunes de 18 à 25 ans qui, à cet âge, se trouvent normalement exclus des maisons pour enfants et ne relèvent plus de la pédopsychiatrie. Ce centre serait destiné à une quarantaine de personnes, la moitié en hébergement et l'autre fréquentant le centre en externe. L'objectif est de pouvoir y faire un travail d'occupation à valeur thérapeutique.

La grande majorité des secteurs sont cependant loin de posséder un éventail aussi complet de ressources et les chiffres disponibles montrent une réalité psychiatrique qui demeure encore fortement hospitalo-centrique. Pour ces chiffres, je me référerai aux données qu'a compilées Daniel Picard (1984).

Dans le concret, donc, l'hôpital psychiatrique conserve en France une importance considérable. Il demeure le plus souvent la base logistique à partir de laquelle se déploie l'action du secteur. Dans la pratique, les hôpitaux sont rarement totalement sectorisés. Dans l'hôpi-

tal psychiatrique rural de Lorquin, par exemple, 40 lits sur 350 (destinés à un bassin de 210 000 habitants) demeurent occupés par d'anciens patients psychiatriques hors secteur. Dans l'un des secteurs de Villejuif à Paris, plus de la moitié des 90 lits sont occupés par des patients hors secteur, soit en raison d'une «sédimentation» d'anciens cas (lorsqu'ils ne possèdent plus aucune référence significative, géographique ou familiale, à l'extérieur), soit parce que certains secteurs ne sont pas encore en activité ou refusent d'assumer l'entièreté de leurs charges, soit encore parce que les occupants sont des «sans-domicile fixe».

Dans le cas des personnes sans domicile, la règle est que lorsqu'un «sans-domicile fixe» a été hospitalisé une fois, l'hôpital est obligé de l'accepter par la suite durant une période de cinq ans, afin de faciliter une continuité dans l'intervention thérapeutique. Comme ces personnes ne sont pas attachées à un secteur particulier, la prise en charge extra-hospitalière s'effectue, dans leur cas, à l'hôpital lui-même.

En ce qui concerne ce que nous avons appelé la «sédimentation» des anciens cas, il faut observer qu'après une première période d'application assez rigide de la sectorisation, période au cours de laquelle on a déplacé des centaines de patients, on a décidé qu'un simple motif de relocalisation sectorielle ne pouvait suffire à justifier le déplacement de patients lorsqu'il ne s'accompagne pas de gains possibles sur le plan de la thérapie.

Dans le concret, et pour une série de raisons sur lesquelles nous reviendrons, la plupart des hôpitaux psychiatriques semblent être trop peuplés en France:

> *«Ainsi, selon une enquête de l'O.M.S. (O.M.S., 1976, Tableau 8, p. 27), sur un total de 119 hôpitaux, 52 ont entre 1 000 et 2 000 lits, 43 entre 500 et 1 000 et 24, entre 100 et 500. Or, d'après le comité O.M.S. d'experts de la santé mentale, la dimension optimale d'un hôpital psychiatrique se situe entre 300 et 1 000 lits.»* (Picard, 1984, p. 27).

Contrairement à ce qui avait été projeté, peu de secteurs psychiatriques ont été développés en relation avec un département de psychiatrie situé dans un hôpital général.

> *«En fait, sur environ 1 000 secteurs (Reverzy, 1980, p. 8), une quarantaine seulement seraient rattachés à un hôpital général* [...]. *En termes de nombre de lits, la même insuffisance apparaît. Selon les statistiques officielles de 1976 (O.M.S., 1981b, Tableau 1, p. 69),*

les services psychiatriques d'hôpitaux généraux comptent 16 338 lits, alors que les hôpitaux psychiatriques en comptent 106 100» (Picard, 1984, p. 28).

On ne rencontre presque pas dans la région parisienne de secteurs attachés à un hôpital général. On en trouve un peu plus en région rurale ou dans les petites villes. À Lyon, par exemple, où l'un des secteurs fonctionne suivant ce modèle, le fait que le service spécialisé compte peu de lits amène à développer au maximum les soins extra-hospitaliers, sous la forme de soins à domicile et par le biais d'un hôpital de jour établi en ville. Dans un contexte similaire en milieu rural, un des psychiatres nous a dit préférer maintenir une petite unité d'hospitalisation psychiatrique de 25 lits afin de pouvoir plus facilement résister aux pressions qui visent à faire hospitaliser des patients.

Les dispensaires demeurent le pivot du travail de secteur proprement dit. Les chiffres repris à Jaeger (1981) par Picard montrent un accroissement continu du nombre de consultants entre 1964 et 1974; les points de consultations se multiplient également et leur nombre a doublé entre 1972 et 1974. De la même manière, le nombre de consultations serait passé de 700 000 à plus de 2 millions en huit ans.

Les rencontres effectuées en France avec plusieurs équipes de secteur montrent que le reste de l'équipement sectoriel demeure souvent beaucoup plus rudimentaire.

Certaines équipes disposent d'un lieu d'accueil spécialisé, généralement sous la forme d'un centre de jour. Le nombre de ces derniers s'avérerait cependant nettement insuffisant (0,78 pour 100 000 habitants, Lougnon et Planche, 1981, d'après Picard, 1984), de même que le nombre de foyers de post-cure et d'appartements thérapeutiques. Par ailleurs, un certain nombre d'hôtels protégés et d'appartements thérapeutiques ont été implantés par le secteur privé. Antoine (1984) note ainsi que «c'est par centaine que se comptent les structures existantes en France». L'ASEPSI (Association pour l'étude et la promotion des structures intermédiaires) a certainement joué un rôle clé de promoteur et d'animateur dans ce domaine, à travers notamment la constitution d'un réseau de personnes œuvrant dans ce domaine.

Si l'on revient à l'équipement sectoriel proprement dit, on observe donc un décalage net entre le modèle théorique prôné par les partisans de la sectorisation et la réalité concrète. On observe généralement une différence entre les secteurs qui ont pu se mettre en place durant les années 70 et les secteurs plus récents qui ont dû se développer en période de crise économique. Nous verrons cependant que

certaines raisons plus structurelles ont également freiné le développement de l'appareil sectoriel.

Les membres de l'équipe du secteur ont eu recours à diverses stratégies pour compenser ce manque. Les unes, parfois aussi justifiées par des motifs plus théoriques, ont consisté à développer un réseau d'alliances avec d'autres ressources existant dans le secteur; les autres ont visé à mettre en place diverses structures en marge du secteur psychiatrique public. Nous y reviendrons en examinant les mécanismes de soutien à la créativité, dans le chapitre suivant.

Parallèlement, les entrevues que nous avons eues avec différentes équipes de secteur révèlent que les membres de certaines de ces équipes connaissent peu les structures pouvant exister sur leur territoire et, à la limite, qu'ils demeurent relativement peu intéressés par leur existence.

On se trouve ainsi confronté à deux niveaux de réalité différents: 1) sur le plan idéal, la circulaire de 1972 prône une liaison entre «tous ceux qui peuvent contribuer à la réadaptation et à la réinsertion sociale des malades» sous le leadership du médecin-chef de secteur; 2) sur le plan de la réalité, une telle concertation est encore relativement rare, même si certaines équipes en font un point essentiel de leur action, comme nous le verrons plus loin. Cette difficulté de penser et d'actualiser la concertation nous paraît enracinée, au moins partiellement, dans les modèles de pratique prônés par les équipes de secteur, notamment dans l'importance que revêt la notion de soins et la façon dont elle est comprise.

Chapitre III
Les modèles de pratique

En réalisant cette étude, nous avons constaté que les caractéristiques structurelles des services ne permettent pas à elles seules de rendre compte de ce qui fait l'originalité et la spécificité de la psychiatrie française publique. Il nous paraît essentiel de chercher à saisir ce qui organise les pratiques concrètes qui se développent dans différents lieux de soins et d'hébergement. Pour faire ressortir les implications de ce que nous avons appelé les «modèles de pratique», nous avons décidé d'inclure dans le texte un certain nombre de cas concrets, en nous appuyant sur nos propres observations et également sur certaines études de cas publiées.

Les remarques qui suivent sont d'ordre plus subjectif que le texte qui précède et reflètent une perception personnelle du fonctionnement des services psychiatriques en France. Si nous nous sommes permis de les inclure dans ce rapport, c'est en raison de la convergence entre, d'une part, les textes que nous avons lus et, d'autre part, ce qui nous a été dit par divers acteurs situés en des lieux différents de la structure sectorielle et les quelques observations que nous avons pu faire.

Afin de mettre de l'ordre dans nos commentaires et observations, nous sommes repartis des trois principes d'action qui ont été à la base de la réorganisation des services:

— en référence au souci d'éviter une dichotomie des prises en charge, nous avons examiné quelle forme concrète revet la continuité des soins dans les services psychiatriques français;
— en relation avec l'importance accordée à ce que certains ont appelé l'«impératif de soins», nous avons cherché à dégager les orientations qui caractérisent le projet thérapeutique dans ces structures;
— vis-à-vis du refus de ségrégation des patients, nous avons examiné comment se présente le rapport au social dans les pratiques concrètes; nous voulions voir ce qui demeure du projet de «psychiatrie sociale» qui avait animé les journées de 1945 et la première réflexion sur le secteur.

Nous examinerons aussi la manière dont les options de base qui orientent la pratique se reflètent dans la façon de concevoir la réinsertion par le travail.

1. La continuité des soins

L'idée d'une continuité des soins ne concerne pas seulement, en France, des questions d'ordre administratif et elle n'est pas non plus identique à celle de concertation. C'est plutôt d'une continuité des personnes qu'il s'agit et, à travers elle, d'une continuité dans un accompagnement et un projet thérapeutique lorsque le patient passe d'une structure à l'autre. La notion d'équipe de secteur est ici centrale: dans le modèle idéal, ce sont les mêmes personnes qui assument la prise en charge du patient, quelle que soit sa place dans le système. Le médecin-chef de secteur revêt un rôle central dans l'équipe, non seulement comme responsable administratif mais, remarque Woodbury, comme élément agissant constamment pour animer et soutenir la confiance en soi des soignants et, ainsi, leur permettre de développer leurs qualités thérapeutiques propres.

Dans les faits, il est rare qu'une même équipe soit réellement en charge de l'interne et de l'externe et on a tendance à substituer à une continuité «matérielle» des équipes une continuité «d'intention». Ce qui devient central alors est le fait que chacun se sent concerné par ce qui se passe dans les autres structures.

Le partage effectif des soignants entre l'interne et l'externe est laissé à l'initiative du médecin-chef. Dans les cas extrêmes, il est le seul membre commun aux deux équipes; d'autres fois, comme à Créteil, l'assistante sociale fait également un lien entre l'interne et l'externe. Dans d'autres cas plus rares, la majorité ou l'ensemble des membres exercent dans les deux milieux, comme à Lyon, dans l'équipe du Dr Vignat ou encore dans un secteur nouvellement créé en milieu rural. Ce fonctionnement intégré permettrait un jeu plus souple entre l'interne et l'externe au cours du processus thérapeutique. Les pressions syndicales constitueraient par ailleurs souvent un frein important à la «sortie» des infirmières et infirmiers, de même que la dualité des modes de financement sur laquelle nous reviendrons.

Une série de mécanismes interviennent alors pour assurer le maintien de ce projet de continuité, même en présence d'une dualité des équipes. À nouveau, ils sont plus ou moins élaborés suivant les cas. Citons, par exemple:

— des visites régulières du personnel de l'externe dans l'unité interne: chaque semaine, comme à Lorquin, chaque mois comme dans l'un des secteurs de Marseille; ces visites donnent aux membres de l'externe la possibilité de suivre des patients de leur secteur durant leur hospitalisation et de maintenir ainsi le contact avec eux;

— des réunions régulières entre les deux équipes, qui peuvent ou non coïncider avec les visites aux patients; ces rencontres donnent l'occasion d'échanger une série d'informations sur les patients et d'élaborer conjointement des plans de soins pour après la sortie;
— dans certains cas, les rencontres sont moins formelles et interviennent à la demande, lorsque le besoin s'en fait sentir.

Dans le secteur de Créteil, par exemple, trois types de mécanismes fonctionnent simultanément: 1) dans la mesure où le secteur est proche de l'hôpital, l'équipe soignante externe a la possibilité d'accompagner le patient, de venir le voir; 2) des réunions entre le personnel de l'interne et de l'externe se tiennent au niveau de chaque patient, de manière informelle, suivant un mode de fonctionnement souple; 3) des représentants de toutes les structures du secteur (hôpital de jour, dispensaire, interne) se rencontrent en outre deux fois par mois pour discuter et élaborer certaines directives générales.

Par ailleurs, les dossiers des patients ne circulent pas nécessairement. À Villejuif, par exemple, les membres de l'équipe externe reçoivent un court résumé du rapport d'hospitalisation sans que l'information, rassemblée à l'externe, ne retourne toutefois à l'hôpital.

Certains ont répondu à nos questions dans ce domaine en insistant sur la continuité du travail effectué par l'équipe externe elle-même; cette continuité permet de faire contrepoids au caractère plus discontinu des consultations médicales qui dépendent davantage du roulement des internes en psychiatrie. Cette caractéristique du travail d'équipe présente deux avantages principaux: 1) permettre une cohérence dans la prise en charge au fil des années, et l'énoncé de contrats de collaboration à long terme et 2) faciliter des remplacements momentanés sans hiatus, en cas d'absence de l'un des membres. Ce niveau de continuité est assuré par de nombreuses discussions de cas qui font que tous connaissent le problème. À Villejuif où l'on a mis l'accent sur ce point, le fonctionnement de ce mécanisme d'équipe est facilité par une cooptation des membres qui sont ainsi assurés d'avoir des affinités de base.

Audisio insiste en outre beaucoup pour que l'idée de continuité dépasse le cadre des rapports entre l'interne et l'externe et se traduise également par un suivi des patients lorsqu'ils passent d'une structure extra-hospitalière à une autre. Dans les faits, la faiblesse des effectifs du secteur représente souvent une contrainte à ce suivi des patients lors de leur déplacement entre différents lieux. Les soignants du Foyer de post-cure de l'Essor remarquent ainsi que l'admis-

sion d'un patient chez eux représente une décharge momentanée de travail pour l'équipe du secteur par ailleurs surchargée; les contacts sont dès lors espacés ou inexistants durant le séjour que les patients font chez eux et ceci rend plus difficile un réinvestissement réciproque lors de la sortie du foyer.

De manière générale, on peut dire que l'importance de la continuité dans le système sectoriel français repose sur le fait que la prise en charge ne se résume pas à une réponse à des besoins mais inclut fondamentalement un projet thérapeutique, avec ce qu'un tel projet implique d'investissement réciproque du patient et de l'équipe dans une relation interpersonnelle.

Cette idée de continuité est cependant critiquée par certains, même si elle demeure dominante dans le discours des personnes que nous avons rencontrées. Si l'on se réfère, par exemple, au cas du XIII^{e} arrondissement qui a joué un rôle de modèle par rapport à la sectorisation, on nous a fait remarquer que lorsque le secteur décida de se doter d'un hôpital psychiatrique à Soisy vers 1964, les médecins travaillant à l'interne et à l'externe n'étaient pas les mêmes. On a justifié ce partage par l'intérêt que présente pour les patients la possibilité de se montrer différents dans des lieux différents, tout en sachant que la communication se fait au niveau des soignants; un «double regard» était ainsi porté sur eux, ce qui augmentait les possibilités de compréhension de leur dynamique personnelle. Pour que ce système se révèle réellement profitable, deux mécanismes favorisaient la communication: des rencontres bihebdomadaires pour faire le point sur chacun des patients et, surtout, le partage d'orientations théoriques similaires (d'ordre psychanalytique), facilité par la cooptation des médecins membres. Des intervenants ayant travaillé à cette époque ont souligné les difficultés que comportait malgré tout ce partage des fonctions. À cet égard, ils ont mentionné les conflits au niveau de la responsabilité de la prise en charge et, notamment, que c'était le psychiatre de secteur qui décidait de la sortie et qu'il pouvait avoir un décalage important entre les projets proposés par les psychiatres de l'interne et les possibilités concrètes existantes.

Sans (1980), pour des raisons cliniques, s'oppose plus nettement à la valeur absolue de la continuité. Selon lui, dans le cas de patients psychiatriques, elle peut favoriser un processus d'enveloppement qui, à certains moments, risque d'aller à l'encontre de la guérison. Dans le même sens, Grivois (1985) remarque qu'une relation sans limites, telle que la définit la continuité des soins, est vouée à l'inertie et à l'impasse.

Castel, pour sa part, s'oppose à la continuité des prises en charge pour des raisons politiques, en inscrivant sa critique dans le cadre d'une réflexion sur le rôle croissant que l'État entend jouer dans la réponse sociale à la folie:

> «*La notion de continuité des soins exprime bien cette exigence d'une prise en charge aussi complète que possible à travers la diversité des épisodes du parcours de la vie des patients.*» (Castel, 1984, p. 724).

2. Le projet thérapeutique

Selon les membres des équipes de secteur rencontrés, deux modèles sont possibles. Le premier met de l'avant une certaine polyvalence des orientations théoriques et pratiques des membres de l'équipe, polyvalence qui permettrait une plus grande diversité d'actions et une réponse modulée en fonction des caractéristiques propres des cas. Dans l'autre modèle, les membres de l'équipe partagent une même orientation théorique, généralement psychanalytique, ce qui favorise la communication entre des personnes de formation différente et aiderait à la formulation de plans de soins intégrés. Dans certains cas, la nomination ou le remplacement des membres de l'équipe se fait par cooptation.

Dans les faits, nous avons eu l'impression que cette orientation psychanalytique traversait tous les discours, même lorsqu'elle n'était pas explicitement affirmée, en sorte que les intervenants qui s'en écartent tendent à se percevoir comme marginaux ou déviants. Il est par ailleurs certain que les thérapies psychopharmacologiques gagnent du terrain, en France comme ailleurs. Ce qui caractériserait alors l'approche française est un désir affirmé de subordonner l'utilisation des médicaments à ce qui se passe au niveau des rapports entre thérapeutes et patients.

Cette option théorique fait que l'on attache beaucoup d'importance, d'une part, à la relation entre soignants et soignés et, d'autre part, à l'interprétation des comportements et symptômes, en s'interrogeant davantage sur ce qu'ils traduisent d'une dynamique personnelle et toujours particulière que sur leur portée en termes de déficit. La qualité de l'écoute des rapports qui peuvent se mettre en place dans ce contexte nous paraît par contre présenter un certain nombre de limites en regard de la possibilité, par exemple, de développer une réflexion sur la dimension sociale des problèmes, et en regard de la collaboration avec d'autres agents sociaux.

De manière plus générale, la dominance de l'idée de soins dans les discours et pratiques de secteur amène à prêter une grande atten-

tion à la souffrance vécue par le patient et à ses symptômes, attention qui va souvent se révéler première par rapport à un projet de réinsertion. Audisio précise ainsi que pour un thérapeute, la notion de réadaptation ne signifie rien si elle n'est pas intégrée dans un projet thérapeutique global.

Nous allons examiner brièvement, à partir de quelques exemples, comment ce primat des soins se traduit dans différents types de structures. Le but visé par ces exemples est davantage d'illustrer les implications du modèle que d'offrir des éléments représentatifs de la réalité.

2.1 Les soins intra-hospitaliers

Selon Audisio, la continuité entre les personnes travaillant en milieux interne et externe permet que l'hospitalisation soit réintégrée à l'intérieur d'un processus thérapeutique plus général; elle devient l'un des gestes thérapeutiques possibles plutôt que de s'inscrire dans une dynamique d'exclusion ou de mise à l'écart. L'espace intra-hospitalier doit alors se transformer en espace de resocialisation en créant «les conditions où le sujet peut retrouver une place responsable et relativement autonome dans le champ social». La réalité de la pratique hospitalière ne correspond pas toujours à ce modèle.

La création du groupe intra-hospitalier «Les Castors» (Lescarbotte et Wattraint, 1984) est l'un des exemples des efforts déployés pour réorganiser le secteur dans sa portion hospitalière. Elle repose sur le constat de ce que l'hôpital ne joue pas pleinement son rôle dans les soins des malades et a comme objectif de permettre à des patients relativement «lourds» de reprendre une vie relationnelle, d'abord avec les soignants au sein du service, puis avec l'extérieur de l'institution.

Le principe de base est de laisser aux patients la possibilité de circuler entre des lieux différents: de thérapie pour le jour, hôtelier pour la nuit. Le groupe constitué prend en charge un petit nombre de patients psychotiques hospitalisés dans différents pavillons: six malades «régressés» hospitalisés depuis deux ans et plus et quatre malades moins régressés, afin d'introduire une certaine émulation dans le groupe.

Les activités sont organisées en sessions d'une durée de trois mois chacune. Au début de chacune d'elles, un contrat est établi entre le patient et l'équipe; au terme d'une session, un bilan est effectué avec les patients et donne lieu à une réactualisation du projet thérapeutique en fonction de la situation actuelle. Cette synthèse générale regroupe les soignants permanents de l'équipe, les intervenants à

temps partiel et les équipes des pavillons dans lesquels sont hébergés les pensionnaires, parfois certains membres d'une ressource externe.

Au niveau des activités, un planning est établi avec chacun des patients; il fait appel au maximum à l'utilisation de ressources extérieures au programme lui-même. L'idée est en effet d'apprendre aux personnes à utiliser des ressources thérapeutiques existantes plutôt que de créer un ensemble de ressources parallèles; d'autres activités sont aussi réservées aux membres du groupe. La personne est ainsi invitée à opérer des changements répétés d'environnements, ce qui exige chaque fois un effort d'adaptation. Des sorties à l'extérieur sont aussi organisées chaque semaine.

Au niveau des exigences à l'égard du patient, l'accent est mis sur la nécessité d'être présent au groupe, comme premier témoignage d'appartenance au groupe, plutôt que sur une participation effective à l'activité elle-même. Ainsi, l'aspect relationnel a prédominance sur la dimension de rééducation. Les difficultés sont prudemment verbalisées, en prenant soin de respecter les positions défensives des patients et de ne pas les forcer dans leurs retranchements.

Dans le bilan qu'ils tracent, Lescarbotte et Wattraint notent que sur 400 pensionnaires qui sont passés par le groupe, 27 sont sortis de l'hôpital. Ils remarquent aussi, et cela nous paraît significatif de l'intentionnalité du projet thérapeutique, qu'un «nombre non négligeable» de patients ont pu aller plus loin dans la compréhension de leurs difficultés psychologiques et adhérer à un projet de soins en hôpital de jour.

Outre certaines difficultés budgétaires, les problèmes principaux rencontrés par le groupe concernent une reconnaissance de son existence par l'administration et les services médicaux, reconnaissance importante pour qu'une articulation harmonieuse puisse se faire entre lieu de soins et lieu d'hébergement.

L'optique thérapeutique qui sous-tend les activités peut être illustrée par la manière dont furent formulés, et surtout repris par l'équipe soignante, les commentaires des patients à propos de la difficulté, vécue l'année précédente, à vendre au marché les objets produits dans le cadre des activités de l'hôpital de jour: les clients avaient été trop peu nombreux et le temps avait semblé trop long. Aussi, cherchait-on à s'orienter vers la possibilité de monayer ses produits, d'insérer des objets dans un circuit commercial. Les soignants invitèrent alors plus particulièrement les patients à s'interroger sur leur sentiment d'éprouver de la difficulté à monayer, ou à faire entrer dans un circuit d'échange, ce que l'on produit avec son monde intérieur.

Deux traits de cette discussion ont semblé particulièrement frappants à un observateur étranger: d'une part, la familiarité des patients avec ce niveau de langage et de discussion, sans que l'on puisse savoir quel était le degré d'intériorisation réel des concepts utilisés et, d'autre part, le fait que d'autres commentaires, formulés également par un patient, n'étaient pas repris par l'équipe (le patient présentait une vision plus positive de l'événement et disait l'intérêt de regarder, de sa place au marché, «le monde de l'autre côté»). On peut penser que ces remarques cadraient sans doute moins bien avec le schéma interprétatif de l'équipe et faisaient davantage référence à un registre de «socialité» où l'activité de marché est revêtue de connotations socioculturelles spécifiques pour une population maghrébine. Notre impression personnelle a été que l'optique thérapeutique permettait de constituer un lieu où pouvait se dire et s'entendre des aspects importants du vécu des patients, mais fonctionnait en même temps comme une grille ou un filtre occultant d'autres dimensions du discours dont elle supprimait la possibilité d'une reprise interprétative.

2.2 Les hôpitaux de jour

Le concept d'hôpital de jour est important dans la structure sectorielle française; il représente l'une des façons de moduler la notion d'hospitalisation en fonction des besoins et problèmes individuels. Nous allons examiner brièvement trois exemples d'hôpitaux de jour qui possèdent chacun un type de lien différent avec l'institution et s'adressent à des types de personnes également différentes. Ils ont en commun la référence à un projet thérapeutique dont nous allons voir les éléments clé.

Le premier exemple est celui d'un hôpital de jour rattaché directement à un hôpital psychiatrique. Situé au centre de la ville, la population qu'il rejoint est essentiellement composée de patients psychotiques et, pour une large part, d'immigrants maghrébins. Il compte 40 places, dont 35 environ sont comblées. La liste des activités qu'il propose est variée et affichée sur un calendrier placé à l'entrée du centre: réunion communautaire, groupe de psychothérapie, café et groupe d'accompagnement, groupe de coordination des activités, groupe d'accueil, thé, activités de plein air et sorties culturelles, langage corporel, poterie, esthétique, poésie, bois, groupe journal, peinture, ciné club, etc. Des activités scolaires sont également prévues et elles consistent surtout à mettre le patient en contact avec les responsables d'un cours d'alphabétisation, à l'y accompagner éventuellement.

Les activités proposées par l'hôpital de jour sont donc très diversifiées mais leur liste ne rend pas compte de la place que revêt le projet thérapeutique qui les sous-tend. L'admission de chacun des patients dans l'hôpital de jour est marquée par la conclusion d'un contrat ou l'énoncé d'un projet qui définit les activités auxquelles le patient s'engage à participer et les objectifs qu'il se donne. Chaque personne est également insérée dans un groupe d'accompagnement où se retrouvent deux ou trois soignants qui la suivent de façon plus particulière. La prise en charge des patients psychotiques s'y fait toujours à plusieurs, comme dans beaucoup d'endroits que nous avons eu l'occasion de visiter.

Devant la difficulté de transformer l'espace hospitalier, d'autres ont opté pour en sortir et créer, à l'extérieur de l'institution, de petites communautés thérapeutiques pour l'hébergement de patients psychotiques. La présentation par Court et ses collaborateurs (1984) de l'une de ces structures, la Belle Étoile créée dans le Jura en 1974, illustre la signification et les implications d'une optique thérapeutique dans le cadre du fonctionnement d'une structure intermédiaire d'hébergement. Reprenant le cheminement subi au cours des neufs années de vie de l'institution, Court et al. soulignent les pièges que comportait leur désir de départ de créer un lieu «bon», marqué par l'amour et la chaleur relationnelle, par opposition à la mauvaise institution-hôpital. Ils montrent comment cette position risque d'occulter la notion de soins et va dans le sens des positions «clivées» qui caractérisent la psychose elle-même. Dans ces conditions, tout départ de l'institution ou du lieu de vie est perçu comme menaçant et difficile à effectuer.

Durant les premiers temps de l'hospitalisation à la Belle Étoile, les auteurs remarquent qu'il est effectivement nécessaire et important d'établir une relation englobante avec le patient, pour lui permettre une régression ou la création d'un rapport de dépendance à son nouveau milieu de vie. Le défi d'un projet thérapeutique par rapport à cette première relation est de réintroduire des instances de séparation dans le rapport entre patients et soignants-institution en faisant appel à des instances extérieures et en mettant en place des instances structurantes internes (sous la forme d'une distinction entre l'équipe médicale, venant du dehors, et l'équipe soignante vivant davantage à l'intérieur, ou sous la forme de réunions et de règles institutionnelles). L'évolution des relations soignants-soignés vise à constituer une aire intermédiaire qui autorise le patient à s'éloigner de l'institution sans devoir effectuer une rupture avec elle et cela, jusqu'à ce que la personne n'ait plus besoin de l'institution.

D'autres éléments nous ont amenés à nous interroger sur le caractère autosuffisant et, dans une certaine mesure, clos du fonctionnement de cette structure. Certains participants ont noté un manque d'encouragement à quitter le centre, attitude que des soignants expliquent par le manque de structures de relais en fin de traitement; des patients ont fait remarqué qu'ils ne se rencontraient pas en dehors des réunions du centre et qu'il faudrait que les soignants les stimulent en ce sens; les soignants avouent leur manque de connaissance face à l'existence éventuelle de groupes ou de structures maghrébines dans la communauté avoisinante tout en précisant n'avoir ni temps ni énergie à dépenser pour établir des relations dont l'utilité ne leur semble pas acquise.

Un autre hôpital de jour, l'Institut La Rochefoucault, s'est développé il y a 25 ans, à Paris, comme une association de type privé. Cet institut n'est pas sectorisé; il fonctionne de manière autonome et n'est pas attaché à un hôpital. Lorsqu'une prise en charge complémentaire paraît indiquée, les psychiatres qui travaillent dans cette structure peuvent référer le patient vers l'hôpital de son secteur.

Cet hôpital de jour offre également aux patients une série d'activités comme le chant, la musique, des sports, des ateliers divers et autres. Il faut noter toutefois que ces diverses activités sont perçues comme des moyens susceptibles de soutenir un projet thérapeutique en stimulant l'expression des patients lorsque la parole s'avère trop difficile. La dimension relationnelle des activités est aussi fortement accentuée. Les soignants cherchent à encourager les patients à associer leur imagination aux activités concrètes qu'ils effectuent; la verbalisation des mécanismes en jeu et leur interprétation revêtent ici une place centrale. À nouveau donc, la visée de soins, avec la perspective dynamique qu'elle comporte, dépasse, ou remplace, une visée de réadaptation, d'occupation ou de réinsertion.

Le troisième exemple est celui de l'Hôpital de jour de l'Essor, qui a fait récemment l'objet d'un article (Lécuyer et al., 1984). Son fonctionnement s'organise autour de «groupes d'activités et de parole». On y retrouve l'idée d'un contrat bilatéral, passé au début de chacune des sessions et donnant lieu à un bilan en fin de session. L'existence d'un tel contrat, le fait qu'il soit «parlé» explicitement et que ses distorsions soient discutées assurent des rapports triangulaires entre soignants et soignés, selon un mouvement fondamental à toute thérapie.

Deux points additionnels sont à noter: 1) les médicaments sont donnés dans un autre lieu et une importance est accordée à ce que le patient puisse disposer d'un temps «à lui» en dehors de l'institu-

tion; 2) l'utilisation de ce temps libre est discutée lors de l'établissement des contrats et des bilans de fin de session. Dès que possible, on s'oriente ainsi vers des prises en charge à temps partiel. Cette question du temps libre est présentée comme particulièrement importante dans le cas de patients psychotiques dont une des défenses est justement de se constituer un emploi du temps qui ne comporte aucun trou et dans lequel de nombreuses personnes ou organismes interviennent en continuité.

2.3 Les foyers de post-cure

Normalement, les foyers de post-cure sont orientés directement vers la réinsertion des patients dans la communauté, après un séjour à l'hôpital. Le Foyer de post-cure de l'Essor (Wattraint, 1984) constitue un exemple typique de ce genre de structure. Il se définit explicitement comme un établissement extra-hospitalier proposant une prise en charge active de l'aspect social de l'aliénation mentale. La durée de séjour dans le foyer est limitée, entre autres, par les organismes payeurs, et la condition pour y être accepté est de pouvoir formuler un projet particulier de réinsertion. Ce projet concerne prioritairement le rapport au travail, soit par le biais d'un travail normal, soit éventuellement par une admission dans un atelier protégé. Dans ce contexte, les critères de sélection sont bien définis: à un niveau individuel, on examine l'authenticité de la demande et les possibilités concrètes de réalisation du projet et, à un niveau plus collectif, on évalue les possibilités d'interaction entre le candidat et le groupe du foyer. Les activités offertes pendant le séjour sont principalement de deux types:

1) une aide psychologique qui vise à prendre en considération les problèmes profonds du patient, dans un milieu proche de la vie réelle; le travail relationnel déborde le cadre du rapport entre soignants et soignés et comprend l'examen des échanges avec l'entourage interne et externe au foyer;
2) une aide matérielle à travers laquelle le patient réapprend à gérer son quotidien. Les soignants se défendent d'adopter une attitude pédagogique qui serait indifférente à la problématique de la souffrance mentale du sujet ou de surprotéger le patient.

En fait, le fonctionnement concret du foyer a évolué durant les dix années de son existence à partir d'autres réalités ou contextes plus généraux: la récession économique a entraîné un remaniement du marché de l'emploi et multiplié les échecs dans les tentatives de trouver du travail de sorte qu'un nombre grandissant de pensionnaires ont constitué un noyau statique par rapport à la réinsertion. D'un

autre côté, les caractéristiques des patients ont été progressivement modifiées: les patients les plus légers étant sortis, ceux qui entrent maintenant au foyer tendent à être plus lourds; aussi, à l'inverse, comme les séjours en hôpital psychiatrique deviennent de plus en plus courts, les patients sont moins désadaptés par rapport à la vie quotidienne mais demeurent néanmoins beaucoup plus proches de leurs difficultés psychologiques.

La modification du rapport à l'emploi a entraîné une transformation de la vie interne du foyer. Alors qu'au début, elle était marquée par une alternance entre le temps diurne, durant lequel les patients étaient sortis travailler ou chercher un emploi, et le temps nocturne de leur retour, il faut à présent prévoir des activités durant le jour et penser différemment le rôle de chacun des membres de l'équipe. Le modèle actuel de pratique dans ce foyer demeure relativement flou et on a l'impression que le foyer continue à être à la recherche de son identité ou de sa fonction propre.

Un autre foyer, celui de Soisy dépendant du XIII^{e} arrondissement, a connu une évolution un peu similaire mais avec un aboutissement beaucoup plus net. Au départ, il s'agissait d'un foyer de post-cure classique, fonctionnant sur la base d'un contrat établi avec le patient. Les mêmes contraintes de durée et l'absence d'emploi confrontaient les membres de l'équipe à une situation d'échec permanente. En 1973, la resectorisation des patients internés en fonction de leur domicile d'origine amena un afflux de «vieux patients chroniques» dans ce foyer. La moyenne de la durée d'hospitalisation était de 21 ans. Les membres du foyer décidèrent alors de revoir leur vocation et de redéfinir leur structure comme un foyer de «déchronicisation» à visée communautaire. Le défi qu'ils se sont donné a été de mettre au point la meilleure formule possible de soins aux malades au long cours (le foyer reçoit environ 23 patients) parmi les plus handicapés. Pour certains des malades, les possibilités de sortie se révèlent dès le départ très aléatoires et l'on ne procède plus ici par l'établissement de contrats; on prend son temps, on freine un certain activisme (1981).

Dans ce contexte, l'essentiel des soins consiste à réadapter les patients à la vie quotidienne, à travers une participation active à la vie de la maison (la cuisine, le jardin, le ménage, les courses...) et l'intégration à une vie communautaire. L'humour et le plaisir sont importants. Il s'agit de ranimer les désirs, d'amener les malades à reprendre lentement goût à exprimer leurs pensées, à avoir des initiatives dans le partage d'une vie quotidienne avec les soignants. Sur le plan de la vie communautaire, des réunions régulières permettent

de maintenir la cohésion du groupe des soignants et la cohérence du groupe vis-à-vis de chacun des patients.

L'équipe se réserve le droit de choisir ses pensionnaires afin de ne pas trop alourdir la clientèle qui, par ailleurs, se compose entièrement de psychotiques.

Plusieurs remarques nous semblent intéressantes à citer ici:

— au sujet du statut de la crise, les intervenants ont remarqué qu'il n'était pas rare que, lorsqu'on les remobilise sur le plan de la vie quotidienne, certains vieux chroniques stabilisés se remettent à faire des crises;

— au niveau de la famille, un effort particulier a toujours été fourni pour reconstituer le dossier du patient, pour lui redonner en quelque sorte une histoire et des repères individuels. On essaie également de renouer contact avec la famille, non pas avec l'idée d'y replacer le patient (ce qui suscite une série de réactions de défense et de fermeture) mais avec celle de permettre au patient de renouer un lien; des retours limités et temporaires sont ainsi souvent négociés sans problème;

— au niveau du village, les pensionnaires sont généralement bien acceptés; la collaboration notamment du garde-champêtre est importante car il connaît les patients, les rappelle à l'ordre quand cela s'impose et rassure les habitants si besoin en est.

Deux équipes qui se chevauchent assurent une présence entre 7 heures et 21 heures. Durant la nuit, l'un des soignants habitant au troisième étage est disponible sur appel. Il est rare toutefois que les patients y aient recours.

2.4 Les appartements thérapeutiques

Les appartements thérapeutiques représentent un autre mouvement de lutte contre la chronicité liée à l'asile, par la mise en place d'autres lieux d'hébergement possibles. Ils remplissent une fonction de transition entre l'institution et la vie indépendante dans la communauté. Dans certains cas (secteur de Villejuif), on exige également que le patient ait formulé un projet pour «l'après–appartement» avant de l'accepter.

Les appartements thérapeutiques du secteur Bergerac (Goumilloux et Rager, 1984) nous paraissent constituer un exemple relativement typique de cette formule d'hébergement. Ces appartements sont en fait constitués de petits pavillons qui accueillent de quatre à cinq malades. Les soins chimio ou psychothérapiques sont normalement donnés à l'extérieur de l'appartement et l'objectif de l'équipe est de

«désassister au maximum», c'est-à-dire de réintégrer les patients dans les circuits sociaux plutôt que de répondre à leurs besoins. Une aide concrète est apportée aux malades habitant l'appartement par deux infirmiers qui assurent un rôle d'accompagnement et de conseil; le but est d'intégrer les patients dans le tissu social et de les aider à élaborer leurs désirs. La fréquence moyenne de leurs visites est d'une fois par semaine. En outre, un psychiatre libéral, ne faisant pas partie de l'équipe de secteur, intervient toutes les deux semaines à peu près comme régulateur du groupe, d'une manière souple et informelle.

Goumilloux et Rager remarquent que l'on observe souvent dans ce type de structure un investissement exceptionnel des soignants qui sont responsables de son existence et cette attitude aiderait le patient à l'investir à son tour et à lui faire jouer sa fonction transitionnelle.

Il est intéressant, en ce qui nous concerne, de noter que les auteurs sentent le besoin, en conclusion, d'affirmer leur opposition à une «confusion psychiatrico-sociale», la construction de structure à caractère social n'étant pas le rôle du psychiatre. «Lutter contre la chronicité, c'est peut-être simplement soigner».

Certaines expériences se définissent cependant par le désir de prendre une certaine distance par rapport à un projet thérapeutique qui serait trop prononcé ou défini de manière trop strictement psychanalitique, par exemple. Dans le XIII^{e} arrondissement de Paris, on verrait ainsi coexister une formule d'appartement thérapeutique axée sur l'espace psychanalytique, où l'on attend que le patient formule une demande de type dynamique pour le rejoindre dans cette dernière, et une autre qui serait davantage centrée sur la vie quotidienne autour de laquelle s'organise l'accompagnement offert par les soignants.

2.5 Un modèle centré sur les soins

Quelle que soit la structure envisagée, une convergence très nette apparaît ainsi entre les modèles de pratique développés par les équipes. Nous avons vu que les actions et les discours sont organisés autour de l'idée de projet thérapeutique, ce qui implique l'établissement d'une dynamique relationnelle essentielle au succès du projet. C'est ce qui explique sans doute la fréquence avec laquelle sont mentionnées les notions de «contrat», de «demande», qui sont des signes minima de l'implication personnelle que l'on exige du patient. Les soignants s'inscrivent en contre-pied des mesures administratives qui «assigneraient» certains patients à certaines formes d'intervention.

Le fait que les équipes puissent référer un malade au secteur privé si elles le jugent utile est un des signes du primat que revêt le projet thérapeutique par rapport à la structure.

Lorsque des interventions se développent dans des perspectives autres que celles que nous venons de décrire, elles sont peu reprises dans le discours des soignants et on a l'impression qu'elles n'acquièrent pas de statut propre dans la conception de l'intervention.

Il est enfin frappant d'observer que cette optique de base traverse en retour la manière dont les intervenants parlent d'eux-mêmes et cherchent à interpréter le sens de l'histoire des projets qu'ils ont mis sur pied, le sens de leur implication personnelle dans ces expériences de même que la signification des conflits et ralliements qui ont marqué cette histoire.

3. Le rapport au social

Un des objectifs de la politique sectorielle était de lutter à la fois contre la mise à l'écart des patients psychiatriques dans des institutions asilaires et contre les forces d'exclusion s'exerçant dans la société contre ces patients psychiatriques. Le rapprochement physique de l'équipe par rapport au milieu (à travers la structure des dispensaires et la mise en place des structures intermédiaires dont nous venons de parler) a été le moyen privilégié pour développer une pratique de santé mentale dans la communauté.

Nous avons vu par ailleurs que les modèles de pratique dans ce type de structure demeurent généralement centrés de manière prioritaire, sinon exclusive, sur l'individu. Certains membres de structures intermédiaires «parallèles», que nous qualifierions ici d'«alternatives», ont dénoncé les limites de cette approche, particulièrement lorsqu'on l'applique à la prise en charge de troubles comme la toxicomanie. L'approche psychanalytique empêcherait la formulation d'une approche d'«engineering social» importante comme complément à une approche strictement centrée sur la personne. Les équipes travaillant selon une orientation psychanalytique manifestent peu d'intérêt pour les mécanismes de réinsertion sociale, la psychanalyse leur apparaissant comme le seul mécanisme réparateur. Le fait que cette attitude de base soit sanctionnée par certaines D.D.A.S.S. aurait un impact important sur la possibilité de financement de ressources orientées différemment. Cette orientation individuelle de la pratique sectorielle a aussi été perçue par des membres de structures «alternatives» comme limitant les possibilités de collaboration dans la mesure où l'équipe de secteur ne paraît pas voir l'intérêt d'une alliance avec elles.

Dans les entrevues que nous avons eues et dans les publications, la contribution spécifique du social à la pratique de secteur a été définie à trois niveaux différents, les équipes différant entre elles quant au niveau qu'elles privilégient.

À un premier niveau, on peut dire que le social est défini dans son aspect matériel, périphérique par rapport à la dynamique du cas lui-même. Le rôle assigné aux assistantes sociales est ici révélateur: s'occuper de trouver des places dans certaines structures de placement, ou prendre en charge des mesures qui découlent de la Loi sur les handicapés. Dans ce contexte, les psychiatres cherchent à limiter l'action de l'assistante sociale et à l'empêcher de «vouloir s'occuper à tout prix des aspects sociaux du problème». Cette démarche est en effet perçue comme un rapport d'assistance qui risque d'entretenir la dépendance ou la passivité du patient et qui apparaît en opposition avec un projet thérapeutique. «Les gens ne sont pas payés pour faire de la réinsertion», nous a dit un psychiatre de secteur. Les membres d'une autre équipe nous ont révélé mettre trop l'accent sur le travail psychothérapique pour avoir de l'énergie à consacrer au champ du social.

À un second niveau, l'équipe de secteur conçoit le caractère social de son approche comme situé dans l'établissement d'un ensemble de liens avec les institutions et structures non psychiatriques établies sur son territoire. Un secteur comme celui de Villejuif en a fait l'une de ses priorités et a concentré ses efforts dans ce domaine sur deux champs principaux. D'un côté, les intervenants agissent à titre de conseillers auprès d'hôpitaux, de maisons de retraite, de centres d'aide par le travail et de diverses institutions, afin de réduire l'anxiété liée au comportement de certains des pensionnaires et de pouvoir ainsi éviter des hospitalisations. D'un autre côté, les membres de l'équipe ont établi une série de liens avec d'autres agents travaillant dans le milieu. Ils ont des rapports étroits avec le service d'urgence d'un hôpital général de leur secteur et consacrent beaucoup d'énergie et de temps à instaurer des relations suivies avec les médecins travaillant dans les hôpitaux du secteur et avec les médecins généralistes de leur territoire. Un de leurs objectifs est d'établir avec ces derniers des rapports non menaçants basés sur une confiance réciproque. Les membres de l'équipe considèrent ce travail de liaison comme un travail à long terme. Des contacts avec une structure semi-publique pour l'accueil et le soin des toxicomanes s'établissent également, mais davantage au coup par coup, sans structure formelle de collaboration. Les membres de l'équipe s'efforcent en outre de créer des relations avec les propriétaires d'hôtels meublés ou de foyers non psychia-

triques (comme un foyer pour travailleurs immigrés) dans lesquels habitent certains de leurs patients.

Une autre équipe de secteur en milieu rural a insisté parallèlement sur le fait qu'il ne faut pas essayer de répondre à tous les besoins de la population mais plutôt travailler avec les institutions en place. Le point de vue adopté sur le plan de l'action ne consiste plus à maintenir un réseau de relations avec d'autres structures mais à tisser des liens ponctuels, lorsque l'occasion se présente; ils trouvent en effet difficile, selon leurs propres termes, de parler d'autre chose que de quelqu'un. Dans un secteur voisin, beaucoup plus défavorisé, cet a priori d'alliance se révèle plus difficile à concrétiser en raison d'un manque de ressources dans le milieu; dans ce cas, le point de vue demeure de stimuler la création de telles structures plus que de s'en occuper directement.

Ce souci d'établir des liens et des alliances avec des ressources non psychiatriques du milieu constitue le moyen privilégié par lequel les équipes de secteur cherchent à lutter contre l'exclusion des patients psychiatriques et la formation de ghettos.

À un troisième niveau, nous avons examiné dans quelle mesure une dimension sociale se trouvait présente dans le contenu même des interventions. Audisio avait indiqué, par exemple, que les visites à domicile pouvaient être l'occasion d'effectuer un travail au niveau de l'entourage ou du collectif famille-voisins, dans un dépassement original d'une approche strictement individuelle. En pratique, nous n'avons pas eu l'impression qu'une telle approche était souvent mise en œuvre. L'entourage paraît plutôt être utilisé comme un relais permettant de rejoindre la personne lorsque cette dernière se révèle inaccessible, comme une cible ou un partenaire réel de l'intervention en psychiatrie adulte. La raison en est sans doute, en grande partie, le fait qu'une perspective d'orientation psychanalytique privilégie ce qui est de l'ordre de la signification et de l'action individuelles; le social ne demeure au mieux qu'en périphérie d'une approche centrée sur la personne. Ce qu'Audisio appelait «le potentiel thérapeutique de la communauté extérieure» paraît peu présent dans les schémas théoriques et peu mobilisé au niveau des pratiques.

C'est du côté des structures intermédiaires non sectorielles qu'est énoncée davantage la nécessité de prendre en considération la dimension sociale des problèmes:

> «*Évacuer toute réflexion sur les rapports sociaux pour mieux comprendre les souffrances de la personne est une expression courante de l'exclusion*» (Chasseriaud, 1984).

Par ailleurs, cette réflexion sur le social demeure toute entière insérée dans le paradigme de l'exclusion, ce qui oriente et limite fortement la gamme possible des actions dans le champ du social:

> «*Il faut donc en préalable à toute action individualisée une réflexion sur l'exclusion et une prise en compte pratique de ses effets*» (Chasseriaud, 1984).

Les recherches effectuées dans cette ligne se centrent ainsi sur l'enchaînement des mécanismes d'exclusion qui conduisent à une mise à l'écart et à un rejet progressif des patients psychiatriques (A.M.P.S., 1983). Dans ce contexte, l'action s'oriente dans diverses directions. La première consiste à mettre en place des espaces sociaux parallèles dans lesquels la personne «peut exister» et trouver une reconnaissance et une confirmation de sa propre valeur personnelle. Cette orientation rejoint celle que nous avons vu dominer dans les expériences de structures intermédiaires mises en place par les équipes de secteur. Ce qui l'en démarque est alors un désir de «déprofessionnalisation» ou de «démédicalisation», plus que le contenu réel de ce qui se met en place sur cette base. La seconde direction d'intervention est un travail de sensibilisation du public à la maladie mentale et une dédramatisation des états de crise (Rœlandt et Martin, 1982).

Dans l'ensemble, la dimension sociale de la pratique psychiatrique en France nous est apparue relativement élémentaire si l'on fait abstraction de l'optique de «liaison» développée par certaines des équipes.

Il faut en outre comprendre que les penseurs du secteur présentent comme un progrès le retrait de la pratique sectorielle par rapport au social:

> «*Alors qu'au début nous sacrifions à un missionnarisme communautaire qui aurait fait de la psychiatrie l'affaire de tous les citoyens* [...] *nous avons compris* [...] *que nous avions un rôle spécifique à jouer, celui de soigner la personne malade et de la défendre contre l'intolérance*» (Hochmann et Iattoni-Gagné, 1977, dans Audisio, 1980).
>
> «*Ce retour à la pathologie de l'individu, par le biais de l'accession aux données psychanalytiques de transfert, repensées au sein de l'entreprise communautaire, fonde la réalité théorique du secteur au sens de sa fonction thérapeutique*» (Audisio, 1980).

4. La réinsertion par le travail

Nous avons vu que la Loi d'orientation sur les handicapés prévoit la possibilité d'orienter des patients vers des ateliers protégés et des centres d'aide par le travail. Une des personnes rencontrées souligne que cette loi permet de réintégrer de façon minimale plusieurs patients en leur redonnant un certain statut socio-économique qui les aide à remodeler leur position au sein de leur famille ou de leur entourage.

Dans cette foulée, on a vu se mettre en place durant ces dernières années une série de «structures intermédiaires d'insertion par l'économique». En 1983, Roche (1984) en dénombre une centaine auquel il faut ajouter une centaine de projets en voie de réalisation. Ces diverses structures ont en commun de viser la création d'un double produit: économique à travers le rapport au travail, et social à travers des actions d'insertion et de réinsertion. Elles viseraient des éventails de population de plus en plus larges, soit tous ceux qui sont laissés en marge du développement économique actuel.

Si l'on en revient à la Loi de 1975, son application pose cependant de nombreux problèmes.

Un premier problème, d'ordre matériel, est celui du manque d'accessibilité des structures de réinsertion par le travail, en raison de leur nombre et en raison du fait que les structures de travail protégé, organisées en fonction de la notion générale de handicap, tendent à rejeter les patients proprement psychiatriques et à préférer engager des mongols ou des déficients mentaux. C'est ainsi que les membres de l'équipe de secteur du XIII[e] arrondissement ont été amenés à créer un C.A.T. hors secteur, réservé à des patients psychotiques. Cette structure dépend conjointement du ministère de la Santé et du ministère du Travail et reçoit en outre de l'argent de plusieurs petites associations. Avec l'aide d'une personne au courant des marchés du travail, ils ont créé une buanderie qui lave le linge de plusieurs institutions et un petit atelier d'électricité orienté vers le montage de téléphones.

Un second problème rattaché à l'application de la Loi est le fait que, contrairement à l'esprit de la sectorisation qui vise à une réintégration des patients psychiatriques dans la société, la Loi de 1975 tend à placer des personnes dans des circuits parallèles, renforcés par l'utilisation de la notion de handicapé et à reconstruire ainsi un monde d'exclus.

Le troisième problème, lié à celui qui précède mais plus fondamental, concerne la légitimité de l'utilisation de la notion de handicap dans le domaine de la pathologie mentale. Il s'agit concrètement

de savoir si le handicap mental existe, s'il est fixé et si le fait de définir le handicap ne risque pas d'entraver les possibilités d'évolution du problème. Plusieurs des personnes interrogées perçoivent une opposition nette entre cette idée de handicap et le projet thérapeutique qui sous-tend leur action. Le handicap leur paraît avoir une implication de fixité et transformer en état ce qui est essentiellement flexible, évoluant dans le temps et selon les circonstances. L'application de la Loi aurait ainsi comme conséquence de développer le potentiel invalidant que recèle toute maladie; la Loi irait à l'encontre de la thérapie et de la réadaptation. Selon Ayme (1982), «c'est un des processus invalidants qui contrecarrent les efforts d'une psychiatrie dynamique et resocialisante».

Sur le plan du contenu des interventions, on a aussi reproché aux C.A.T. d'être orientés dans une perspective trop exclusivement pédagogique. Audisio y oppose une approche plus relationnelle qui permettrait de faire émerger la dynamique psychopathologique sous-jacente à la façade déficitaire du handicap. Ce dernier n'est plus dès lors considéré comme une réalité en soi mais comme un signe parmi d'autres qu'il convient de décoder. Dans cette ligne, par exemple, les membres de l'équipe sectorielle du XIII[e] arrondissement ont créé leur propre structure, les ateliers du Fleuron, un atelier protégé à visée soignante.

Pour lutter contre le potentiel d'invalidation lié à ces diverses structures, on voit de plus en plus se mettre en place d'autres types de services. Nous allons nous borner à en examiner deux exemples qui illustrent deux positions différentes par rapport à la réinsertion par le travail.

Le premier est celui de l'Équipe de préparation et de suite du reclassement Henri Wallon, constituée à Montpellier. Ayant comme objectif de permettre une insertion des malades dans le milieu de travail et de vie ordinaire, elle cherche à donner à chaque handicapé les moyens de disposer de toute l'autonomie dont il est capable. L'aide apportée possède une fonction de relais ou de transition entre les circuits hospitaliers ou parallèles du handicap et la vie normale. L'équipe a une capacité théorique de 40 prises en charge étroites et est composée de cinq postes budgétaires.

Au point de départ, l'équipe cherche également à favoriser l'émergence d'un désir personnel (c'est-à-dire non porté par d'autres) de travail chez le patient et l'élaboration avec chacun d'un projet précis sur le plan professionnel. L'équipe informe le patient des possibilités et soutient éventuellement ses démarches en vue d'obtenir une formation professionnelle pour adulte. Une des formules qui s'est révé-

lée particulièrement intéressante est une insertion progressive dans le milieu ordinaire par le biais de stages non rémunérés. Ne comportant aucun engagement moral ni financier pour l'entreprise, elle permettrait souvent de lever les craintes de cette dernière face au travailleur handicapé comme elle amène le bénéficiaire à expérimenter une ou plusieurs formes d'activité avant de prendre sa décision.

Parmi les points principaux de cette expérience, on peut noter:

— une présence des travailleurs sociaux sur le terrain, afin de soutenir tant l'entreprise que le bénéficiaire dans leur confrontation et suivre de près l'évolution de cette dernière; il s'agit d'accompagner le patient dans sa démarche tout en étant le récepteur des inquiétudes et des fantasmes du milieu de travail; ceci implique un suivi intensif du patient une fois le placement effectué;

— l'importance d'une démarche de prospection active des secteurs d'activité envisagés; connaissant bien la personne, le «prospecteur–placier» peut présenter un travailleur défini à l'entreprise et non un vague handicapé; un projet spécifique peut dès lors s'élaborer avec un responsable du milieu de travail, ces relations personnalisées s'avérant souvent être le meilleur gage d'une réussite de la réinsertion;

— un intérêt parallèle à l'insertion sociale des patients; l'équipe les aide dans leurs recherches de logement ou soutient éventuellement la mise en place de projets collectifs dans ce domaine; elle favorise l'intégration des patients dans des groupes de loisir ou d'animation du quartier; dans certains cas, des contacts systématiques sont établis avec des comités de quartier ou avec le voisinage.

Cette structure, qui s'adresse à une population psychiatrique relativement lourde, repose sur le rejet de la marginalité que constituent les circuits du travail protégé. L'autre structure intermédiaire, le Tremplin, également dans la région de Montpellier, a adopté une position différente. Elle cherche à rompre avec les «activités d'occupation» par la mise en place d'une entreprise de production véritable, mais créée par les éducateurs spécialisés. L'objectif visé n'est pas une réinsertion immédiate dans le monde du travail mais la mise en place d'une structure de travail qui permet un échange humain et sert de «tremplin» vers une réinsertion ultérieure en milieu normal. La demande thérapeutique est normalement référée vers d'autres lieux.

Le Tremplin se définit comme une structure de travail et d'hébergement. Il assume trois fonctions, qui restent soigneusement différenciées et prennent place dans des milieux distincts: 1) l'accueil,

qui est situé dans un «appartement d'accueil» où habite une personne de référence mais qui travaille durant la journée; 2) l'hébergement dans deux petits appartements thérapeutiques qui regroupent un ou deux patients psychiatriques et une ou deux personnes en difficulté sociale; 3) le travail, par le biais d'une entreprise de prestation de services à domicile créée par des éducateurs spécialisés: ramonage, jardinage, construction d'aires de jeu, isolation thermique, traitement de charpentes.

La réalisation de ces activités et la souplesse qui les caractérise permettent un réentraînement progressif à l'effort et un travail sur des comportements d'instabilité. De manière intéressante mais un peu inattendue, les responsables du projet renouent cependant avec une terminologie plus thérapeutique quand ils décrivent l'impact attendu de leur programme:

— inverser un rapport de dépendance sociale en permettant à l'usager de vendre sa force de travail et de percevoir la différence entre une institution de soins et une institution qui verse des prestations à une clientèle et doit être à l'écoute du client, à son service, et en lui procurant une fiche de paie qui concrétise sa nouvelle position dans le monde du travail;
— faciliter la projection de soi vers le dehors, les autres, le milieu ordinaire et redonner un sentiment d'utilité sociale; un des intervenants a ainsi souligné la valeur symbolique que représente le ramonage de cheminée ou le traitement des charpentes d'une maison; le type de travail retenu apparaît ainsi particulièrement intéressant dans la mesure où il permet aux patients «d'entrer dans l'espace privé de l'autre».

Cette entreprise connaît actuellement de gros problèmes de financement parce qu'elle se situe «entre» les catégories de services prévues par les planificateurs et ne jouit ni de l'appui de l'équipe de secteur ni, semble-t-il, de celui de la D.D.A.S.S.

Chapitre IV
Des secteurs plus spécifiques d'intervention

Pour avoir une vision plus complète du fonctionnement de la psychiatrie publique en France, il faut encore examiner les pratiques qui se développent à ses limites: dans sa relation avec la médecine générale, dans son application aux champs de l'enfance et de la vieillesse, dans les structures qu'elle met en place pour s'occuper de l'alcoolisme, de la toxicomanie et des problèmes liés à la criminalité.

1. Les liens avec la médecine générale

Dans le cadre de la déconcentration des services psychiatriques et de la réintroduction de la maladie «dans la cité», le modèle sectoriel prônait une plus grande articulation entre les services psychiatriques et les structures en place dans le champ de la médecine générale. Ceci s'est réalisé de deux manières différentes: par la création de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux et par l'établissement d'un réseau de communications et de collaboration avec les praticiens travaillant dans des secteurs médicaux non psychiatriques. L'organisation des urgences psychiatriques est un autre aspect de cette articulation entre psychiatrie et médecine générale.

1.1 La psychiatrie à l'hôpital général

Un document, produit récemment par un groupe de travail sur l'Orientation du programme pratique de la psychiatrie à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, prône la création d'unités psychiatriques de base dans chacun des hôpitaux généraux qui disposeraient soit d'une unité psychiatrique, soit d'un psychiatre responsable qui puisse faire appel à une équipe spécialisée de référence localisée, au début, dans un hôpital voisin. Le même rapport demande également une diversification des lits psychiatriques traditionnels dans les hôpitaux généraux, en lits de crise de courte durée qui pourraient servir de relais en attendant une consultation ou une prise en charge par l'équipe de secteur, en lits de psychiatrie classiques, en lits de nuit et en lits de jour. Il s'agit de pouvoir traiter sur place le plus grand nombre possible de problèmes psychiatriques et de chercher à éviter les transferts vers des hôpitaux psychiatriques.

Dans les faits, le développement de la psychiatrie à l'hôpital pose un certain nombre de questions qu'ont relevées plusieurs des personnes que nous avons rencontrées.

Un premier point à considérer est la nécessité de faire une distinction entre la psychiatrie pratiquée dans un hôpital général sectorisé, c'est-à-dire un hôpital responsable d'un secteur psychiatrique (cas qui demeure relativement rare surtout en région parisienne), et celle qui se développe dans les hôpitaux non sectorisés. La différence principale est que ces derniers ne sont pas soumis à la Loi de 1838 sur l'internement et ont ainsi la possibilité de «choisir» les patients qu'ils veulent traiter. Généralement, ils n'acceptent pas de cas psychiatriques en urgence et envoient «ailleurs» les patients qu'ils estiment ne pouvoir prendre en charge. Leur clientèle serait ainsi plus légère que celle des hôpitaux sectorisés.

La seconde remarque qui nous a été faite par plusieurs psychiatres travaillant dans ce contexte est que le développement de services psychiatriques dans un hôpital général n'est pas synonyme d'un «désenclavage» de ces services. Ceux-ci sont souvent séparés du reste de l'hôpital par une barrière quelconque (un grillage, un jardin...) et un clivage interne tend à reproduire dans l'hôpital un espace d'exclusion réservé à la psychiatrie. Un des psychiatres travaillant dans un hôpital général sectorisé en milieu rural nous a fait remarquer que les soignants sont peut-être encore plus encapsulés que les patients qui circulent et peuvent se rendre à l'accueil pour y prendre un café avec d'autres. Dans ce contexte, il y a risque que se recrée un mini-asile dans les murs de l'hôpital général. La disposition architecturale des lieux, destinée à des personnes invalides ou semi-valides et ne comportant pas de lieux de circulation ou d'échange, n'est pas toujours idéale.

La stratégie développée dans ce contexte dans l'hôpital sectorisé que nous avons visité en milieu rural a consisté à redéfinir la vocation du service de manière plus serrée, à savoir, être un lieu de soins, avec un rôle ponctuel dans un processus de traitement, et non un lieu de vie: «L'hôpital est l'endroit où l'on traite la souffrance liée à la crise» en recourant surtout à la psychopharmacologie et au cours d'un séjour le plus court possible. Le véritable travail de psychothérapie doit prendre place en dehors de l'hôpital. Le fait que le service dispose seulement d'un petit nombre de lits lui permet de résister plus facilement aux pressions orientées vers un internement à plus long terme.

L'organisation des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux non sectorisés varie suivant les contextes. Certains disposent

de véritables unités d'hospitalisation, comme c'est, par exemple, le cas des services universitaires, d'autres possèdent un certain nombre de lits répartis dans d'autres services (à l'hôpital Avicenne de Bobigny, par exemple) alors que d'autres, enfin, développent leur action dans la ligne d'une psychiatrie de liaison.

Plusieurs des psychiatres travaillant dans ces conditions ont mis en place une forme de pratique qui accorde une large place à des contacts avec des services non psychiatriques de leur hôpital ou d'hôpitaux avoisinants, suivant un modèle de «psychiatrie de liaison». Selon Guyotat, qui a développé particulièrement ce type de pratique à Lyon, cela permet de «voir la psychiatrie qui ne va pas au psychiatre»; cette intervention directe, sur le terrain, présente l'avantage de ne pas permettre au patient de s'enferrer dans ses symptômes et peut ainsi éviter des troubles ultérieurs plus sérieux. Le Docteur Guyotat souligne la portée préventive de cette approche. Il a ainsi développé un service de consultation-liaison dans une dizaine d'hôpitaux de Lyon en favorisant particulièrement les contacts avec des services à haute technicité comme ceux qui s'occupent de chirurgie cardiaque, de cancérologie, de transplantation de reins... Travaillant avec des patientes candidates à une hystérectomie, le Docteur Guyotat remarque qu'il est parvenu à diminuer fortement le nombre d'indications de cette opération.

De tels services ont souvent rencontré l'opposition des psychiatres de secteur, pour des raisons administratives mais surtout en raison de la crainte que cette pratique ne produise un effet d'«écrémage» sur les patients du secteur, ne réservant au secteur que les cas les plus lourds. Certains ont proposé que de tels services soient sectorisés pour éviter ce problème. Un autre dilemme qui se pose ici est celui de savoir s'il est opportun ou non que des lits soient réservés pour les cas relevant d'une telle psychiatrie-liaison, la crainte d'«écrémage» revenant ici comme l'un des arguments de ceux qui s'y opposent.

1.2 Les contacts avec les médecins généralistes

L'établissement d'une collaboration avec les médecins généralistes est considéré comme un élément important de la pratique sectorielle par plusieurs des équipes que nous avons rencontrées. Le Professeur Bourguignon a noté qu'en raison de leur accroissement rapide, ce sont vraisemblablement les omnipraticiens qui assureront de plus en plus la prise en charge de la psychose.

La difficulté principale à laquelle se heurte une telle collaboration est la crainte des médecins généralistes de perdre leur clientèle. Il est donc essentiel d'aménager des relations non menaçantes avec eux:

— en entretenant de nombreux contacts par lettre et par téléphone;
— en acceptant de répondre à des demandes d'information ou de conseils par téléphone;
— en se limitant à donner un avis lorsque c'est cela qui est demandé, sans s'immiscer dans la prise en charge;
— en donnant de l'information en feed-back lorsqu'un patient suivi par un médecin généraliste est hospitalisé...

Dans l'hôpital psychiatrique du Docteur Vignat à Lyon, les médecins généralistes continuent ainsi à suivre leurs patients lorsqu'ils sont hospitalisés ce qui, selon ses termes, confère à l'hôpital psychiatrique une certaine allure d'hôpital général.

Le fait d'adopter un rôle de consultant par rapport aux omnipraticiens qui suivent des patients psychiatriques permet souvent d'éviter la réhospitalisation de patients suivis en post-cure.

Enfin, en milieu rural, il faut noter l'existence d'«hôpitaux ruraux» qui fonctionnent sans médecins à temps plein; les médecins généralistes de la région peuvent y faire hospitaliser leurs patients et continuer à les suivre. Les psychiatres ne peuvent faire hospitaliser de patients dans cette structure mais travaillent étroitement avec les omnipraticiens et l'hôpital rural.

1.3 Le système des urgences

Il existe deux niveaux d'urgence psychiatrique: l'un dans les hôpitaux, l'autre dans des endroits plus spécialisés. Si on considère d'abord les hôpitaux généraux, on observe que des psychiatres font de plus en plus partie des services de garde. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une garde psychiatrique mais plutôt, selon les termes du Docteur Guyotat, d'un service psychiatrique des urgences; son rôle principal est d'évaluer la gravité des cas et de décider de l'opportunité d'une prise en charge en externe, d'une hospitalisation ou d'un transfert vers d'autres structures publiques ou privées. Le psychiatre travaillant dans le cadre de l'urgence peut parfois assurer lui-même une prise en charge à plus long terme ou référer le patient vers son équipe de secteur. Les suicides médicamenteux représenteraient une portion importante de la clientèle qui se présente à l'urgence d'un hôpital général (la moitié des cas selon le Docteur Guyotat, à Lyon).

À côté de cela fonctionnent des services d'urgence dans les hôpitaux psychiatriques eux-mêmes. Dans la région parisienne cependant, une structure originale s'est mise en place: il s'agit de deux centres de «triage» pour les personnes présentant des problèmes psychiatriques, le C.P.O.A. attaché à l'hôpital Sainte-Anne et l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police.

Le C.P.O.A. reçoit, pour la moitié des cas, des patients en provenance des hôpitaux généraux de l'ensemble de la région parisienne et pour l'autre moitié des cas, d'autres sources. L'existence d'une telle structure se justifierait:

— par la complexité du découpage sectoriel dans une mégapole de quatorze millions d'habitants où l'identification de l'hôpital psychiatrique qui correspond au secteur de résidence du patient peut constituer un réel problème;
— par un désir d'éviter que les hôpitaux généraux ne réfèrent vers des hôpitaux spécialisés en psychiatrie des cas qui peuvent être pris en charge dans d'autres structures;
— par la difficulté de convaincre les hôpitaux généraux de l'importance d'une négociation avec le malade qui se présente à l'urgence afin d'examiner toutes les possibilités d'une prise en charge en externe.

Certains s'opposent néanmoins à l'existence d'une telle structure et aux nombreux transferts de patients qu'elle implique. Il faut noter que le C.P.O.A. remplit également une fonction de référence non négligeable en répondant à des appels émanant de médecins travaillant dans des services non psychiatriques, pour avoir un avis sur certains cas rencontrés dans leur service.

L'infirmerie de la préfecture de police constitue la seconde structure d'urgence proprement psychiatrique de la région parisienne. Les psychiatres jouent un rôle d'experts par rapport au préfet de police qui est le seul à pouvoir décréter un placement d'office.

Il faut enfin y ajouter quelques rares services d'urgence proprement psychiatriques dans des hôpitaux généraux, comme celui du Docteur Henri Grivois à l'Hôtel-Dieu de Paris situé au cœur de la ville, là où convergent un nombre important de patients étrangers ou de patients «non sectorisables». Ce service d'urgence psychiatrique n'est pas sectorisé. Le Docteur Grivois a décrit dans un ouvrage les caractéristiques d'une pratique qui s'exerce dans un tel contexte (Grivois, 1978).

Le Docteur Grivois nous a encore mentionné deux structures dignes d'attention dans le domaine de l'urgence:

1) l'existence d'un service «Urgence psychiatrique» formé par des psychiatres privés et qui se rend à domicile sur l'appel d'un médecin généraliste ou parfois à la demande des personnes impliquées directement dans la situation. Un tel service d'urgence à domicile existerait actuellement à Paris et à Marseille. Fonctionnant 24 heures sur 24, il permet souvent d'éviter des hospitalisations;
2) un groupe de cliniques semi-publiques pour étudiants en difficulté, où une aide est offerte à la fois sur les plans psychiatrique et scolaire; un appui très concret peut ainsi être donné dans le cas de la préparation d'examens, par exemple. On en compte cinq actuellement: deux à Paris et trois en dehors de Paris.

Nous avons vu par ailleurs que des visites à domicile par les équipes de secteur, au besoin à chaque jour ou plusieurs fois par jour, peuvent jouer un rôle important dans le cadre d'une prise en charge «en urgence» et permettre de temporiser la demande d'implantation d'un patient désigné, par contrainte si nécessaire. Audisio remarque qu'une telle utilisation des visites à domicile est seulement possible si l'on se sent absolument disponible pour se déplacer aussi souvent que nécessaire, et sans angoisse, dans cette famille en crise. Il observe que certaines crises aiguës ont pu se résoudre en quelques jours dans ce contexte, sans hospitalisation et sans médicament.

2. La psychiatrie juvéno-infantile

2.1 La structure des services

Les services psychiatriques publics à l'enfance et à la petite enfance sont organisés d'une manière parallèle à ceux de la psychiatrie adulte, également sur une base géographique. Rappelons que les intersecteurs de psychiatrie juvéno-infantile représentent trois secteurs pour adultes, soit une population de 210 000 habitants. Ces intersecteurs ont un fonctionnement indépendant de celui des secteurs de psychiatrie adulte. Ils ne sont pas nécessairement rattachés à une structure asilaire et certains ne disposent d'aucun service d'hospitalisation. D'autres intersecteurs disposent d'un petit nombre de lits destinés à des cas extrêmement déficitaires et hospitalisés à long terme.

L'équipe de l'intersecteur a ses propres dispensaires qui peuvent être ou non localisés à proximité des dispensaires qui relèvent des secteurs adultes. À Lorquin, par exemple, l'intersecteur dispose de trois équipes qui sont établies dans des «centres de guidance» loca-

lisés dans chacun des trois secteurs, mais dans les lieux séparés, à distance des équipes de secteur pour adultes et des centres de «Protection maternelle et infantile» (P.M.I.).

Dans le XIIIe arrondissement, l'intersecteur dispose aussi d'une équipe pour les «tout-petits» qui s'occupe des enfants depuis leur naissance jusqu'à l'âge de 3 ans et fonctionne avec une subvention spéciale de la fondation de Rotschild.

Ces équipes disposent parfois d'hôpitaux de jour. Celui qui dépend du Docteur Flambard, en milieu rural, reçoit les enfants en externe cinq jours par semaine et vise à leur procurer un lieu de vie thérapeutique. Une autre équipe en milieu rural est par contre en train de mettre en place deux hôpitaux de jour organisés suivant un principe de flexibilité maximale, les enfants pouvant y aller à temps plein ou uniquement durant les matinées, ou encore seulement les mercredi, jour de congé scolaire.

Les services de psychiatrie juvéno-infantile peuvent également être décrits en fonction des trois thèmes explorés en regard de la psychiatrie adulte: la question de la continuité, celle des modèles de pratique dominants et celle du rapport avec d'autres structures travaillant dans le domaine de l'enfance.

2.2 La question de la continuité

La question de la continuité ne se pose pas dans les mêmes termes que dans le cas de la psychiatrie adulte. En effet, l'équipe de psychiatrie juvéno-infantile se centre de manière beaucoup plus exclusive sur la thérapie, les structures d'hébergement relevant d'autres instances (nous y reviendrons en examinant les rapports des équipes avec d'autres structures dans le domaine de l'enfance). D'autre part, l'hospitalisation étant absente ou rare, ou destinée à une population très spécifique, l'articulation des personnes travaillant à l'interne et à l'externe ne se pose pas avec la même acuité. Le personnel travaillant dans les hôpitaux de jour tend à être différent de celui qui travaille dans les dispensaires.

Le point le plus important à envisager ici est, par contre, celui des rapports entre les équipes pour enfants et celles travaillant sur les mêmes territoires dans le domaine de la psychiatrie adulte. Des relations suivies nous ont paru exister rarement entre les deux équipes. Dans le cas du XIIIe arrondissement, par exemple, la sectorisation de la psychiatrie pour enfants s'est développée presque en même temps que celle de la psychiatrie pour adultes, mais en des lieux séparés; maintenant que toutes deux se trouvent réunies dans le même

bâtiment, l'accès à chacun des étages se fait par des escaliers séparés, débouchant sur des rues différentes. Dans certains cas, une même famille peut être suivie par chacune des deux équipes, avec très peu de communications; lorsque la famille n'est pas encore suivie par l'équipe pour adultes, l'équipe enfants peut lui proposer elle-même un suivi.

Ainsi, l'énoncé de principe formulé par Audisio et voulant que même si les équipes ne peuvent pas faire le même travail et si les institutions de soins ne peuvent pas être communes, «la pratique psychiatrique peut et doit être une» demeure actuellement relativement vide de réalité. La création des conditions d'un travail intégré des deux équipes sur le même terrain est loin d'être assurée.

Nous relevons ici deux commentaires qui nous ont été faits et qui expliquent en partie ce manque de collaboration. Le premier attire l'attention sur la divergence qui tend à exister au niveau des modèles théoriques de référence entre les deux équipes. Même si nous avons vu qu'une perspective psychanalytique traverse la pratique des équipes sectorielles pour adultes, ce modèle de référence est encore beaucoup plus prégnant dans le cas de la psychiatrie infanto-juvénile et appliqué de manière beaucoup plus stricte. Ainsi, il n'est pas rare que l'équipe pour enfants choisisse de référer des parents à un praticien privé qu'ils savent être plus proche de leur approche théorique plutôt que vers l'équipe de secteur pour adultes. Le second commentaire est que l'équipe pour enfants refuse d'être placée dans une position contraignante en acceptant, par exemple, des cas qui leur seraient référés par l'équipe adultes comme étant particulièrement à risque en raison de la pathologie des parents.

Certains se sont cependant élevés contre cette séparation entre équipes adultes et équipes enfants, en revendiquant une option thérapeutique basée sur un modèle communautaire centré sur la famille dans son entier (Hochmann et Guyotat, dans Audisio, 1980). D'autres ont parlé d'un risque d'éclatement des prises en charge de familles en raison de la dualité des équipes et de la séparation de leur lieu d'exercice.

2.3 Les modèles de pratique

L'orientation théorique des équipes travaillant dans les intersecteurs de psychiatrie juvéno-infantile est très nettement psychanalytique, de manière beaucoup plus nette encore que dans le cas des équipes de psychiatrie adulte. Cette unité d'approche permet d'assurer un consensus de fonctionnement au sein des équipes multidiscipli-

naires. Dans chacune des équipes que nous avons visitées, les soignants ont indiqué leur opposition à toute approche «comportementaliste» en même temps qu'ils ont eu le souci de se démarquer d'approches éducatives.

Sur le plan pratique, cela signifie que les équipes utilisent largement une approche verbale, dont un des objectifs est toujours de chercher à donner un sens à ce qui se passe (équipe attachée à l'hôpital de Valvert). Dans le cadre des centres de jour, par exemple, on cherche à placer l'enfant dans une situation qui puisse lui fournir des repères, dans le temps et dans l'espace, et introduire ainsi pour lui la possibilité d'un lieu fantasmatique où l'on cherche à stimuler l'expression de son imaginaire. Des groupes psychothérapeutiques pour enfants existent aussi dans plusieurs endroits ou sont en voie de création.

Ceci a un certain nombre d'implications. L'une d'elles est que, comme dans le cas de la psychiatrie adulte mais sans doute de manière encore plus essentielle, les équipes sont d'accord pour insister sur l'importance qu'une demande soit formulée au départ par la famille, quitte à travailler parfois à susciter cette demande. Dans le cas d'un adolescent, on accorde encore plus d'importance à une demande personnelle dans le respect du processus d'individuation à l'œuvre durant cette période de la vie.

Ainsi, les équipes n'acceptent normalement pas de références directes, du milieu scolaire par exemple, lorsque ces références ne sont pas reprises par une demande parentale. Elles s'opposent à la tendance de certains spécialistes à prendre des décisions d'orientation scolaire en dehors de la famille et font tout pour que les parents soient présents lors de la première consultation.

L'essai de se démarquer des approches éducatives ne se fait pas sans difficultés, dans la mesure où la grande majorité des cas suivis présente en même temps des difficultés scolaires. Le milieu a alors tendance à exiger une augmentation rapide des performances de l'enfant, comme signe de son amélioration. Un des psychiatres travaillant dans ce domaine nous a dit ne pas vouloir se poser en réparateur d'échec scolaire, car «on travail sur la souffrance d'un enfant».

Dans ce contexte, certaines équipes cherchent à limiter le plus possible les contacts avec le milieu scolaire, même si elles sont soumises à des pressions croissantes pour augmenter leur présence dans ce dernier. D'autres ont établi davantage de liens avec celui-ci mais veillent à ce que leur territoire demeure séparé de celui de l'éducation ou de la rééducation.

Certaines équipes font une large place au travail avec les familles. Le trouble de l'enfant est en effet perçu comme une histoire de la famille même si l'époque où l'on culpabilisait les parents est révolue. Cela ne signifie pas que l'on offre nécessairement une psychothérapie aux parents mais, plutôt, qu'on leur propose un temps d'écoute et de compréhension, qu'on peut les rencontrer régulièrement avec ou sans l'enfant, quitte à les référer vers d'autres structures si une psychothérapie plus formelle s'avère indiquée.

Certaines équipes ont développé un travail de prévention, soit par le jeu de la création de liens et d'alliances avec les omnipraticiens et le monde de l'éducation, soit par le biais de certains projets qui s'effectuent conjointement avec, par exemple, des centres de protection maternelle et infantile. Dans un des exemples qu'on nous a cités, il s'agit d'un travail avec des femmes enceintes ou des mères de jeunes nourrissons qui ne formulent aucune demande de soins. L'optique retenue n'est pas celle d'une action auprès d'un groupe qualifié comme étant «à risques», mais une «prévention zéro». Il s'agit de créer des groupes de parole à orientation psychanalytique pour permettre l'émergence d'un vécu fantasmatique par rapport à l'enfant.

2.4 L'articulation avec les autres structures dans le domaine de l'enfance

Nous avons vu que la collaboration avec le milieu scolaire peut être difficile en raison de divergences dans les modèles d'intervention et du souci de l'équipe de psychiatrie de maintenir et de défendre sa position thérapeutique. Des communications existent cependant le plus souvent, par exemple à travers de petits programmes de formation continue que l'équipe psychiatrique organise pour les enseignants, particulièrement au niveau maternel. Des liens plus formels avec l'enseignement ont également l'occasion de se tisser par le biais de la participation des équipes aux commissions médico-scolaires qui ont été créées dans le cadre de la Loi d'orientation sur les handicapés.

Ces commissions constituent une des unités de fonctionnement de la C.D.E.S. (Commission départementale d'éducation spécialisée) qui a un droit de regard sur tous les problèmes de l'enfance en difficulté, en matière de placement ou d'éducation spécialisée.

La composition de cette commission réserve une large place aux représentants du milieu scolaire. Le président de droit en est le président de l'Éducation nationale et les membres viennent du milieu scolaire et de la santé mentale. Des représentants des familles et des services sociaux ont uniquement un statut d'observateurs.

Cette commission fonctionne à l'échelon local, au niveau de chacune des circonscriptions, et elle se réunit mensuellement. Un psychiatre, membre d'une équipe de psychiatrie juvéno-infantile, nous a décrit son rôle dans cette commission comme étant celui d'ouvrir la porte à la possibilité que l'on tienne compte des difficultés psychologiques de l'enfant et de sa famille. Comme exemple chiffré de l'importance quantitative des cas relevant de cette commission, le Docteur Flambard, travaillant en milieu rural, nous a dit que, dans une commission scolaire comptant 3 000 enfants, 200 cas sérieux sont examinés chaque année, la moitié pour des difficultés psychologiques importantes, doublées de problèmes familiaux graves pour les deux tiers d'entre eux.

Lorsqu'il est question d'une orientation vers un système d'éducation spécialisée, l'enfant doit obligatoirement passer devant la C.D.E.S. Cette dernière a le pouvoir de proposer impérativement aux parents certaines orientations et c'est elle qui décide d'engager les dépenses, obligeant ensuite la sécurité sociale à rembourser les frais encourus.

Le système de l'éducation spécialisée dépend essentiellement d'associations privées dont beaucoup se sont créées à l'initiative de parents, la plupart entre 1945 et 1970. Elles ont longtemps fonctionné sous le signe de la déficience mentale mais elles chercheraient actuellement à réajuster leur vocation et à remplacer leur projet éducatif par un projet thérapeutique. Leur clientèle première, constituée d'enfants gravement déficients mentaux, tendrait en effet à se tarir sous l'effet conjoint de la baisse démographique et de la prévention primaire. Ce système tente de se réorienter vers les enfants présentant des troubles de comportement ou de personnalité. Il parle donc de plus en plus le même langage que les équipes de psychiatrie et entre en compétition directe avec les services publics.

Dans ce contexte la collaboration est difficile à établir. Un des psychiatres nous a dit organiser chaque année une réunion avec les établissements d'éducation spécialisée du territoire, réunion qui aboutit à un projet de collaboration qui ne s'actualise jamais; il attribue cet échec à la crainte de ces établissements de se faire «manger» par le secteur public.

D'autre part, plusieurs équipes de psychiatrie infanto-juvénile ne voient pas d'un très bon œil cette réorientation de la vocation de ces établissements, estimant qu'elles ne peuvent réussir à remplir leurs nouveaux objectifs avec un personnel qui demeure le même et qui n'a pas reçu de formation appropriée.

Dans une circulaire récente, le Gouvernement a affirmé nettement son désir de s'orienter vers une intégration des différents services destinés à l'enfance. La tendance actuelle serait que même la thérapie soit prise en charge par l'éducation nationale, c'est-à-dire qu'elle passe sous le contrôle de l'école. À cela, les équipes les plus ouvertes répondent qu'elles acceptent l'intégration mais pas à n'importe quel prix. Elles demandent notamment que les soins puissent prendre place dans un lieu différent de celui de l'éducation. Il faut viser une collaboration dans la complémentarité et la différence.

L'idée de créer des services unifiés à l'enfance est de plus en plus présente. Il s'agirait d'un vaste service médico-socio-psychologique duquel relèveraient également problèmes juridiques et familiaux. Les personnes qui nous en ont parlé craignent qu'un tel service ne jouisse de trop de pouvoir et que l'on aboutisse à une déprivatisation de l'enfance; ce mouvement risquerait en outre de créer un mouvement en spirale en allant dans le sens d'une tendance actuelle des familles à démissionner de leur rôle, tendance souvent dénoncée par le milieu scolaire.

3. Les services aux personnes âgées

Les services psychiatriques destinés aux personnes âgées se caractérisent par trois traits principaux:

1) un souci d'hospitaliser le moins possible les patients âgés dans les hôpitaux psychiatriques et de ne le faire que pour de courtes périodes;
2) le fonctionnement de tout un système de consultations avec les divers hospices et maisons de retraite où l'on cherche à maintenir les personnes âgées souffrant de problèmes psychiatriques ou de démence;
3) l'établissement de certaines structures devant favoriser le maintien des personnes âgées à leur domicile.

3.1 L'hospitalisation en milieu psychiatrique

L'hôpital psychiatrique de Valvert, créé il y a quelques années dans la région de Marseille, possède un pavillon destiné spécialement aux patients âgés, sous la direction du Docteur Bouckson. Lors de sa création, ce dernier nous a dit avoir reçu 40 déments séniles et avoir eu beaucoup de mal à conserver le personnel travaillant dans ce service. Plusieurs points nous semblent intéressants à retenir des commentaires qu'il nous a faits sur son service.

Le Docteur Bouckson considère que, en règle générale, il ne faut pas garder à l'hôpital psychiatrique les patients souffrant d'une démence durable. Selon lui, des troubles mentaux véritables surviennent chez ces patients surtout au début du processus de démence, lorsque la position de la personne âgée est remise en cause dans son entourage et qu'il faut redéfinir rôles sociaux et relations interpersonnelles. Cette perspective implique que la famille doit être l'objet du traitement, au même titre que les personnes âgées elles-mêmes. En effet, l'état de crise qui entraîne la rupture psychotique serait dû, en bonne partie, à la restructuration des positions et des rôles lors de l'entrée dans le vieillissement, surtout lorsqu'il y a un début de démence.

Lorsque la démence est confirmée, l'aspect proprement psychiatrique des problèmes disparaîtrait largement. À ce moment, l'hôpital psychiatrique ne peut plus être d'un grand apport et il vaut mieux chercher à replacer les personnes âgées dans les maisons de retraite, sauf une dizaine de pour cent d'entre elles qui posent des problèmes sérieux et ne pourraient être réintégrées dans ces maisons. Cette option générale présente notamment l'avantage d'éviter le développement à outrance de la chronicité des services psychiatriques.

Sur le plan du personnel travaillant en gérontopsychiatrie, le fait d'avoir formé une équipe qui s'intéresse aux personnes âgées en dehors de l'institution semble avoir eu un effet de remobilisation important. Le problème principal qui demeure dans ce contexte est celui de protéger les assistantes sociales contre les pressions qu'exercent sur elles les familles et les élus locaux, pour que l'hôpital conserve la personne une fois qu'elle y a été admise à cause principalement de la garantie offerte quant au niveau de soins que reçoit la personne âgée et parce que le séjour en maison de retraite est payant alors que l'hospitalisation en psychiatrie est gratuite. Dans un des endroits que nous avons visités, une entente a été conclue avec la sécurité afin que l'on applique aux personnes âgées hospitalisées en psychiatrie le tarif du prix de journée, une fois que la crise est passée.

3.2 Le soutien donné aux maisons de retraite

Le fait de chercher à maintenir les personnes âgées qui présentent des problèmes de démence ou des troubles psychiatriques dans des maisons de retraite demande que tout un système de soutien de ces dernières soit mis en place.

Deux stratégies complémentaires sont à signaler. La première, mentionnée par plusieurs équipes de secteur, est d'offrir un suivi aux

personnes âgées du secteur qui ont été placées en maisons de retraite. La seconde consiste à faire des visites régulières dans ces maisons sur la base d'un système de vacation. Dans l'un et l'autre cas, les buts sont de sécuriser la direction et le personnel, d'améliorer la tolérance du milieu et de veiller à l'ajustement des médicaments. Ce suivi permet souvent de différer les urgences et de diminuer les hospitalisations inutiles. L'hôpital peut aussi parfois décharger l'institution pour quelque temps dans le cadre d'un bilan de santé. À Lyon, on nous a signalé des réunions mensuelles de toutes les personnes qui ont en charge des personnes âgées sur le territoire du secteur (les infirmières à domicile, les responsables des maisons de retraite, etc.). Ces réunions sont organisées autour de la discussion de cas cliniques. Chacun a ainsi l'occasion de parler de son travail, tout en demeurant propriétaire.

3.3 Le maintien à domicile

Une des priorités actuelles du secrétariat d'État à la santé est de créer des structures adaptées au troisième âge et d'encourager le maintien en milieu naturel. Le placement familial est l'une des formules préconisées, qu'il s'agisse d'un placement dans une nouvelle famille ou d'un maintien dans son domicile, avec l'aide d'une assistante sociale et d'une ménagère.

À Lyon, une équipe travaillant conjointement avec le Docteur Guyotat a voulu appliquer dans le domaine de la psychiatrie un système d'hospitalisation à domicile pour personnes âgées. Le soutien est assuré à mi-temps par une équipe spécialisée qui travaille dans le service psychiatrique pour l'autre moitié de son temps. L'aide offerte est variée: soutien psychologique aux personnes âgées, prise en charge des familles (les enfants pouvant être suivis en groupe ou individuellement), des soins infirmiers concrets, un suivi médical (toujours effectué en relation avec le médecin de famille), une coordination avec les services sociaux.

L'implantation de ce système a rencontré de nombreux obstacles de la part de l'administration sanitaire et sociale qui voulait que ces services à domicile soient assurés directement par l'équipe de secteur elle-même. Les responsables du projet ont mis en avant l'intérêt de conjuguer approches physique et psychique dans un même service. Actuellement, le projet a été autorisé par la sécurité sociale, avec le statut d'une expérience-pilote de dix places; l'équipe de secteur devrait prendre ensuite le relais.

4. Psychiatrie et marginalité

Les renseignements que nous avons recueillis ici sont beaucoup plus fragmentaires. Pour ce qui a trait à la prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie, il faut mentionner l'existence d'intersecteurs spécialisés dans ces problèmes. Ils demeurent cependant encore rares et les équipes de secteur que nous avons rencontrées se sont souvent montrées relativement sceptiques quant aux modes de pratique qui y prévalent et à leur originalité. Nous avons dit plus haut qu'un membre d'une ressource «alternative» a souligné le caractère inapproprié de l'application d'un schéma strictement psychanalytique dans ce domaine.

On nous a ainsi décrit, à l'hôpital Avicenne, le fonctionnement d'une équipe reposant sur une prise en charge collective, réalisée par quatre ou cinq intervenants (psychologue, psychiatre, infirmière, assistante sociale), afin d'assurer une écoute multiple des problèmes; ici encore, les soignants étaient unis par une référence théorique à la psychanalyse. Les hospitalisations étaient rares, en semi-urgence et ne duraient généralement pas.

Au niveau de la psychiatrie destinée aux personnes internées dans des prisons, il faut noter l'existence de «centres médico-psychologiques» régionaux situés dans la prison elle-même et destinés aux prisonniers qui développent des problèmes psychiatriques. Après leur libération, les prisonniers peuvent être transférés à leur équipe de secteur. Un petit service externe est parfois attaché au centre pour les anciens prisonniers qui continuent à demeurer dans les quartiers avoisinants et également pour permettre à l'équipe psychiatrique de sortir des murs de la prison.

Les prisonniers qui ont été exemptés de jugement pour maladie mentale se retrouvent généralement dans les hôpitaux psychiatriques, en placement d'office. Les patients qui apparaissent particulièrement dangereux sont référés à certains centres spécialisés comme celui de Sarguemine ou encore comme le pavillon Henri-Collin de l'hôpital psychiatrique de Villejuif. Ce dernier service, autrefois plus carcéral que médical, serait devenu actif sous l'impulsion des médecins et à partir d'une réflexion en équipe sur la notion de «dangerosité».

Chapitre V
Le cadre administratif et financier de la psychiatrie publique en France

1. Le contexte politico-administratif[1]

1.1 Les agences gouvernementales responsables

Les services psychiatriques dépendent du ministère des Affaires sociales et de la solidarité nationale, plus particulièrement du secrétariat d'État à la santé.

Les services de psychiatrie publique relèvent en fait de différentes directions, dont aucune n'a de pouvoir sur l'ensemble du système (Audisio, 1980):

— la Direction générale de la santé, qui tient authentiquement le discours de la sectorisation mais qui n'a structurellement pas le pouvoir de réglementer dans son ensemble l'appareil qu'elle est chargée de mettre en place;

— la Direction des hôpitaux, qui a la responsabilité de s'occuper de la gestion en ce qui concerne les hospitalisations mais qui n'a structurellement pas le pouvoir de s'occuper de l'extra-hospitalier;

— la Direction de la sécurité sociale, chargée de rembourser les frais concernant ce qui relève de la notion de «prix de journée» (cf. plus loin) et qui ne conçoit les soins que comme des actes isolés et à l'intérieur d'une nomenclature;

— la Direction des affaires sociales, qui assume la prévention et l'éducation sanitaire; c'est l'instance qui contrôle dans les faits et coordonne les activités extra-hospitalières, c'est-à-dire une multitude d'actions où interfèrent soins et prévention.

Cette multiplicité des responsabilités au niveau ministériel et la fragmentation des actions qu'elle implique constituent des facteurs importants de contrainte pour un fonctionnement efficace de la sectorisation psychiatrique en France.

---

1. Dans cette partie, nous nous sommes particulièrement appuyés sur les informations fournies par Monsieur Delheure, Inspecteur principal chargé de la psychiatrie à la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône, qui a pris le temps de nous expliquer les principaux rouages du système politico-administratif français.

1.2 Un ancrage au niveau départemental

La circulaire de 1972 sur la sectorisation précise les modalités concrètes selon lesquelles doit s'articuler l'organisation des services sectoriels et indique en outre d'emblée les partenaires qui sont impliqués «sur le terrain» de la sectorisation concrète:

> «*L'organisation des services publics de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies est fixée par un règlement départemental, pris par un arrêté préfectoral, après avis du Conseil général et consultation du médecin inspecteur régional de la santé ainsi que des représentants des institutions et du personnel appelés à y participer*».

Le principe d'un fonctionnement structuré sur les départements est ainsi posé. Ceci manifeste un souci d'enraciner les structures sectorielles dans les réalités locales, à l'inverse d'un modèle uniforme qui serait mis en place de manière centralisée. Cette diversité des réalités concrètes que recouvre la sectorisation est vue très généralement comme un élément positif du système et apparaît comme un gage du maintien de la créativité au sein des équipes. Selon Audisio, «Elle empêche une rigidification administrative de la sectorisation qui en ruinerait la qualité thérapeutique» (Audisio, 1980, p. 137).

Le texte cité indique aussi l'importance d'une concertation des différentes catégories d'acteurs potentiellement impliqués, ce qui est un élément courant dans les institutions françaises.

Une convention distincte doit être signée au niveau de chacun des secteurs entre les autorités départementales, représentées par le préfet, et un hôpital particulier. Cette convention consacre ainsi le pôle hospitalier de la réalité sectorielle et reconnaît la responsabilité d'un service particulier de l'hôpital dans les soins offerts à la population du secteur concerné.

Elle fixe les modalités du financement et reprend l'idée que le financement des activités extra-hospitalières doit relever du département. Les effectifs précis que comporte l'équipe, sur les plans médical et paramédical, sont également précisés dans la convention qui est signée.

On peut donc dire que cette convention fixe les modalités administratives, techniques et financières de l'entreprise sectorielle dans chacun des cas.

Le texte de la circulaire met particulièrement en scène deux acteurs clé: le préfet, qui jouit de l'autorité que lui confèrent les pouvoirs qu'il détient directement de l'État qu'il représente (cf. plus haut), et le Conseil général (et, à travers ce dernier, les élus locaux).

Le Conseil général est l'assemblée départementale élue au suffrage universel. Il a le pouvoir de régler toutes les affaires départementales, sauf celles qui incombent à l'État.

Jusqu'à ce que les décisions qui concernent la psychiatrie soient «reconcentrées» récemment entre les mains de l'État, il existait en outre au niveau des départements un conseil départemental de santé mentale dont le bureau regroupait les directeurs d'hôpitaux spécialisés en psychiatrie, des représentants des psychiatres-chefs de service et des membres de l'administration. Dans le département des Bouches-du-Rhône tout au moins, le Conseil continue à se réunir tous les mois, ce qui lui permet de coordonner les choix concrets. De par sa composition, ce conseil peut avoir une vision relativement précise des problèmes et tenir compte de l'avis des gens qui sont sur le terrain; dans certains cas, il forme des groupes de travail pour étudier l'un ou l'autre sujet de manière plus précise.

Au niveau départemental toujours, mais dans le domaine des réformes envisagées pour l'avenir, le Professeur Bourguignon, directeur de la Commission des maladies mentales, nous a parlé du projet d'instaurer un organisme départemental de coordination visant à éviter toute concurrence ou superposition entre les ressources existant sur le territoire du département.

Au niveau régional, on retrouve un organisme similaire au Conseil général: c'est le Conseil régional, qui est composé des élus d'un ensemble de communes d'une région. Les deux Conseils, régional et général, ont des rencontres paritaires permanentes avec les instances nommées directement par l'État (comme le préfet), ce qui représente un mode de fonctionnement «satisfaisant pour la mentalité française» férue de démocratie, ont souligné nos interlocuteurs.

Il faut noter que les rôles respectifs du département et de la région ne sont pas les mêmes. L'échelon départemental est celui de la gestion, et donc des prises de décision; l'échelon régional est davantage celui de l'étude. Ce qui concerne la santé mentale relève principalement d'une commission régionale composée notamment de ceux qui financent le système. Elle comprend les Caisses de sécurité sociale, des représentants de l'association des établissements, des organisations syndicales, les administrations concernées ainsi que les élus locaux (conseillers généraux et maires). C'est la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (D.R.A.S.S.) qui en assure la présidence. Le mandat de cette commission est d'apprécier l'opportunité de créer une structure, étant donné notamment les ressources qui existent déjà dans la région et une évaluation des besoins. Sa recommandation est transmise au préfet qui est celui qui prend la décision par un arrêté.

La D.D.A.S.S. joue un rôle extrêmement important dans tout ce processus de consultation et de décision. Ses fonctions principales au niveau des services psychiatriques sont d'assurer un suivi des dossiers des malades internés par application de la Loi de 1838 (placements d'office), d'effectuer la gestion et le suivi des budgets relatifs aux dépenses extra-hospitalières et d'assurer le contrôle budgétaire total de tous les hôpitaux psychiatriques.

C'est aussi elle qui documente les dossiers présentés devant le Conseil général pour approbation de la création d'une structure ou du financement de certaines activités. Lorsqu'une demande pour financement est adressée directement aux directions ministérielles, la D.D.A.S.S. joue un rôle de relais important: soit qu'elle transmettre elle-même le dossier, soit que les administrateurs civils lui soumettent en un second temps la demande pour avoir son avis. Il est dès lors généralement plus rapide et plus utile de passer par la D.D.A.S.S. lorsque l'on veut soumettre une demande. Enfin, et de manière plus subtile, cet organe jouit d'un pouvoir d'influence auprès des élus locaux, ce qui s'avère particulièrement important lorsque l'on discute de la possibilité de créer une association soumise à la Loi de 1901, par exemple (cf. infra), ou de questions de financement.

Il faut bien comprendre que les champs de l'intra et de l'extra-hospitalier relèvent de structures administratives différentes. Comme établissement public, l'hôpital a en effet une autonomie juridique par rapport aux collectivités locales, sauf en ce qui concerne le préfet de par son rôle de représentant de l'État. L'extra-hospitalier relève par contre des départements et nous avons vu le rôle que les élus locaux jouent dans le processus décisionnel. Des conventions particulières peuvent parfois être passées ici avec les hôpitaux. Dans le cas de l'hôpital psychiatrique de Lorquin, par exemple, une convention a donné à l'hôpital le pouvoir d'assurer la gestion de l'extra-hospitalier qui relevait auparavant entièrement du département.

Enfin, sur le plan du fonctionnement interne des hôpitaux, il faut noter la présence d'une série de commissions qui constituent des lieux de discussion et de concertation entre des représentants de divers milieux ou corps professionnels. Dans le même hôpital de Lorquin, on nous a cité, par exemple, le conseil d'administration, la commission médicale consultative, le comité technique paritaire, la commission paritaire, la commission d'hygiène et de sécurité.

On nous a enfin mentionné à diverses reprises l'existence de conflits toujours latents, dans le système français, entre le directeur administratif de l'hôpital, qui est un non-médecin et qui agit en tant que représentant de l'hôpital, et les médecins employés de l'hôpital.

2. Les structures de financement

Le principe à la base du financement des services psychiatriques en France est celui d'un financement séparé: l'intra-hospitalier, qui est déclaré champ proprement sanitaire, relève du budget de la sécurité sociale; l'extra-hospitalier, renvoyé du côté du social, relève des collectivités locales et du budget de l'État, ou du moins en relevait jusqu'à récemment. De manière générale, une commission médicale consultative formée du directeur du centre hospitalier et des médecins-chefs s'occupe des grandes orientations budgétaires. Une fois planifié, le budget est proposé à l'approbation de la D.D.A.S.S.

2.1 Le financement des activités intra-hospitalières

Les Caisses de sécurité sociale constituent l'organisme payeur principal dans le cas des activités qui se déroulent à l'intérieur de l'hôpital. Ces caisses sont des organismes privés, chapeautés par le Ministère et financés par les contributions de l'employeur et celles des employés. La base du financement est ce que l'on appelle le «prix de journée».

La base de tarification est décidée de manière distincte pour chacun des hôpitaux. Elle est acceptée officiellement par le préfet, sur avis de la D.D.A.S.S., et fait dès lors l'objet d'un arrêté préfectoral. Le montant de la tarification décidé par le préfet s'impose par la suite aux organismes payeurs qui effectueront les versements sur cette base. Des factures individuelles sont adressées pour chacun des malades à l'organisme payeur dont il relève.

Les personnes individuelles doivent payer un forfait hospitalier de 21 francs par jour, comme incitation à écourter le plus possible la durée de leur séjour; ce forfait fait l'objet de nombreuses protestations en psychiatrie, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un internement d'office.

Dans le cas des personnes qui n'ont pas d'assurance sociale, les dépenses sont prises en charge par l'«aide médicale» qui relève des collectivités locales et de l'État. Cette aide médicale couvre l'entièreté des dépenses.

Nous avons signalé plus haut que les maisons de retraite pour les personnes âgées sont payantes. Lorsque les personnes âgées se révèlent incapables de défrayer les coûts, l'obligation alimentaire contraint les enfants à payer le séjour des parents; à défaut d'enfants capables de payer, d'autres affiliés peuvent se voir soumis à la même obligation. Il faut aussi noter que l'aide sociale a le droit d'hypothéquer les biens des personnes âgées si cela s'avère nécessaire. C'est dans ce contexte que certaines personnes âgées font le tour des ins-

titutions psychiatriques pour ne pas avoir à payer les frais de la maison de retraite et pouvoir léguer quelque chose à leurs enfants. Une fois repérées par la Sécurité sociale, elles sont obligées de quitter l'établissement, mais elles vont alors dans une autre institution où elles peuvent demeurer plusieurs mois avant d'être à nouveau repérées.

2.2 Le financement des activités extra-hospitalières

La circulaire sur la sectorisation n'a prévu aucune disposition originale permettant de financer les activités prenant place dans la communauté. Il fallait donc faire entrer ces dernières dans les catégories existantes, quitte à étendre le champ concrètement couvert par ces catégories. C'est à travers le concept de prévention que s'est effectuée l'intégration de la pratique sectorielle extra-hospitalière dans le système de financement.

Jusqu'à récemment, les activités extra-hospitalières étaient financées par trois sources différentes: par les collectivités locales (à partir de l'avis du Conseil général), par le département et par l'État. Le partage des responsabilités entre ces deux dernières instances se faisait de la manière suivante: le département recevait de l'État une enveloppe budgétaire globale, calculée sur la base des budgets précédents et tenant compte d'un taux de progression fixé annuellement (6,60 en 1984 et 5,70 pour 1985). Le département avait alors la prérogative de répartir le budget entre les structures gérant les services extra-hospitaliers. Ces sommes étaient ensuite remboursées à 83 % par l'État, le reste demeurant à la charge des départements.

Le manque d'élasticité relative des budgets attribués à la psychiatrie (2 millions de francs français nouveaux) tient en bonne partie au fait que leur montant est fixé par le ministère des Finances qui n'a pas le même degré de sensibilisation à la nécessité de modifier le système psychiatrique que les Directions sanitaires dont on a parlé plus haut.

La manière dont sont calculés les budgets alloués aux départements montre que l'on ne peut guère parler d'une extension des structures extra-hospitalières publiques au cours de ces dernières années. Les équipes se plaignent de ce que ce mode de calcul de budgets ne tienne pas compte ni de l'activité extra-hospitalière, ni du nombre de malades suivis, ni des caractéristiques de la population. De plus, ce système présente l'inconvénient d'accroître les inégalités dramatiques existant entre les départements. Les départements qui ont eu la chance de pouvoir développer des structures sectorielles avant la période de récession disposent en effet aujourd'hui d'un budget pou-

vant être considérablement supérieur à celui des autres départements moins favorisés.

Pour pallier ce déséquilibre, l'État a décidé, au début de l'année 1984, de recentraliser provisoirement entre ses mains l'entièreté du financement de l'extra-hospitaliser qui était auparavant confié aux départements. On observe donc à présent une coupure radicale entre les mécanismes de financement de l'extra-hospitalier, qui relève à 100 pour cent de l'État, et celui de l'aide médicale qui est confiée entièrement au département.

2.3 Des facteurs de contrainte

Ce système de financement présente plusieurs désavantages importants. Le premier, et le plus évident, est le manque de flexibilité dans la modulation des moyens dont peut se doter une équipe sectorielle, en raison de l'impossibilité théorique du transfert de fonds entre l'interne et l'externe. Nous verrons que l'on penche actuellement de plus en plus vers un financement unique mais la mise en place de ce dernier pose une série de problèmes concrets en raison de mécanismes de financement propres à chacune des structures. La Sécurité sociale qui finance l'interne est en effet alimentée par les cotisations des assurés, ce qui peut poser certains problèmes durant les périodes d'insécurité économique. L'argent qui vient de l'État pour les activités extra-hospitalières a par contre sa source dans la fiscalité. Il faut cependant noter que certaines des personnes rencontrées nous ont dit qu'une souplesse demeurait possible dans les faits, bien que le contrôle tende à devenir de plus en plus lourd.

Un second problème est que tant que le budget hospitalier sera calculé sur la base d'un prix de journée, l'hôpital n'aura en soi aucun intérêt à favoriser le développement de structures extra-hospitalières qui risquent de diminuer le nombre de lits occupés. Ce qui se passe généralement est que, comme la diminution du nombre de lits occupés ne permet pas de déduire certains frais généraux liés au fonctionnement de l'hôpital, les autorités hospitalières cherchent à obtenir une augmentation du montant du prix de journée lors de leurs négociations avec la D.D.A.S.S.

Un troisième ordre de contrainte est lié à la notion même de prix de journée. Dans la mesure où les institutions relevant d'un prix de journée sont financées par la Sécurité sociale, les secteurs tendent à favoriser la création de structures compatibles avec cette notion, soit, par exemple, la création d'hôpitaux de jour plutôt que de clubs thérapeutiques. La différence peut être essentiellement tactique et

résider seulement au niveau de la terminologie, ce qui est la source de certaines confusions lorsque l'on cherche une idée des structures qui servent de soutien logistique au mouvement de la sectorisation. Audisio remarque aussi que les institutions de type «prix de journée» apparaissent plus familières aux administrateurs hospitaliers qui gèrent la sectorisation, en sorte qu'ils tendent à les favoriser dans le domaine de l'extra-hospitalier auquel on applique ainsi des schémas de gestion hospitalière. D'autre part, il remarque également qu'il est quasiment impossible de donner une description précise des effectifs exacts des patients hospitalisés, dans la mesure où les mêmes malades peuvent être comptabilisés en plusieurs lieux institutionnels le même jour, une personne pouvant, par exemple, être hospitalisée et fréquenter en même temps un centre de jour extra-hospitalier à un rythme hebdomadaire variable. C'est par des fictions réglementaires que l'on décompte les présences et les absences et que l'on calcule le nombre de journées d'hospitalisation. La gestion administrative actuelle paraît ainsi en porte-à-faux par rapport à l'évolution et à la flexibilité des modes effectifs de prise en charge:

> «*Les lois et règlements sont bafoués quotidiennement en toute connaissance de cause. L'ensemble des soignants et, de plus en plus, des administrateurs en ont accepté le risque, civil et éventuellement pénal, car c'est au prix de ce risque qu'enfin on peut soigner et réadapter des malades mentaux*» (Audisio, 1980, p. 70).

3. Des mécanismes de soutien à la créativité

3.1 La constitution d'associations privées - Loi 1901

En pratique, le développement des structures extra-hospitalières s'est fait, pour une large part, en dehors du système public de psychiatrie, par le biais de la création d'associations relevant de la Loi 1901, associations qui sont sans but lucratif. Refaisant en 1980 une enquête antérieure (1978) sur les structures intermédiaires, Reverzy et Decraene (1980) notent un essor important de ce type de structures dans différents domaines. Ils en recensent 311, dont 106 sont destinées à des malades mentaux adultes. Ces dernières totalisent une capacité d'accueil de 300 places et 600 personnes y ont transité durant les deux dernières années, soit 0,5 pour cent des personnes hospitalisées. 93 pour cent de ces structures relèvent d'associations-Loi 1901 et 38 pour cent de ces dernières ont été créées spécifiquement à cette occasion.

Les motifs donnés comme étant à l'origine de la création de ces structures sont les suivants:

— un constat de l'inadéquation des moyens existants par rapport aux besoins médico-sociaux (90 structures pour malades mentaux);
— une évaluation critique de l'ensemble du système médico-social (27);
— une approche globale qui dépasse largement le champ du domaine médico-social, comme dans le cas de groupes à option religieuse ou idéologique (7);
— une démarche non conceptualisée (2).

Il est intéressant de voir que, même si ces structures relèvent très majoritairement du secteur privé, la moitié des réalisations recensées dans le domaine de la santé mentale adulte ont un lien avec les équipes de secteur, ainsi que la presque totalité des projets d'implantation de telles structures.

On peut dire que deux grandes catégories de motifs inspirent la création de structures extra-hospitalières par le biais d'associations-Loi 1901, soit le manque de budget puis, ensuite, les lourdeurs administratives qui font obstacle au développement de l'extra-hospitalier dans le secteur public:

> «*Les associations privées organisées selon la Loi 1901 représentent (donc) un précieux correctif aux lenteurs et aux pesanteurs du système bureaucratique de l'administration française*» (Bleandonu et Despinay, 1974, dans Jaeger, 1981, p. 145).

Dans ce cas, on peut dire que les associations privées ou semi-publiques viennent compenser les carences et les manques du système public.

On peut citer plusieurs exemples de ce type de structure. L'un d'eux est l'Association d'hygiène mentale «La Mouette», créée par les équipes de secteur attachées à l'hôpital psychiatrique de Lorquin, qui a permis de mettre en place certains projets-pilotes sans avoir à passer nécessairement devant le Conseil d'administration de l'hôpital. Cette association a été impliquée dans la création de deux structures juridiquement autonomes dans d'anciens pavillons de l'hôpital. L'une est un centre d'accueil spécialisé où un personnel spécialement formé s'occupe de la rééducation d'accidentés de la route lourds qui présentent des symptômes neurologiques importants et qui ne sont pas autonomes. L'autre est un C.A.T. pour anciens patients psychiatriques, dans un autre des bâtiments. Ces deux établissements autonomes ont pu négocier l'obtention de crédits basés sur le «prix de journée».

De la même manière, une des équipes de secteur de Villejuif a été à la source de la création du Centre Arthur-Rimbaud destiné aux personnes présentant des problèmes d'alcoolisme. Cette structure, indépendante du secteur sur le plan financier, maintient quand même avec ce dernier une série de relations organiques et a son siège social situé dans les locaux du dispensaire du secteur. Cette autonomie juridique de la structure lui permet de faire ses propres démarches pour trouver du financement et l'autorise à recruter elle-même le personnel de son choix.

Une autre grande motivation est un désir de renouveler les modèles de pratique en action dans la psychiatrie publique. Un certain nombre d'innovations importantes en matière de structures psychiatriques ont vu le jour grâce aux associations privées:

> «*Si des formules nouvelles aussi peu institutionnelles que possible doivent se faire jour, si des actions de prévention primaire deviennent concevables en fonction des progrès des connaissances, tout cela devra, comme toujours, être exploré par des initiatives privées désintéressées et non par l'administration mais bien entendu avec son aide*» (Jean, 1978, dans Reverzy et Dameron, 1979, p. 373).

Il est bon de rappeler ici que c'est à partir d'une association-Loi 1901 que fut mis en place le secteur du XIII[e] arrondissement dont nous avons déjà indiqué le rôle de «paradigme» par rapport à la sectorisation. Certains ont souligné que cette marginalité de départ du secteur du XIII[e] par rapport aux structures publiques avait diminué les possibilités de pouvoir transférer l'expérience. À Lyon également, il y a plusieurs années, à l'époque où il était interdit aux infirmiers travaillant en hôpital psychiatrique dans la communauté de sortir de l'asile, les psychiatres progressistes de la région, parmi lesquels le Docteur Guyotat, ont créé une association de santé mentale et communautaire qui a été à l'origine d'une série d'innovations dans le domaine de la psychiatrie dans la communauté. Cette association dispose actuellement d'un forfait de la sécurité sociale pour pouvoir effectuer des hospitalisations à domicile.

Certains s'inquiètent du glissement observé au cours des années au niveau des dynamiques à la base de la création des structures intermédiaires. Reverzy (1982) note ainsi que si les structures intermédiaires furent développées en un premier temps par la base, et souvent au prix d'un fort investissement personnel des personnes impliquées, ce sont les appareils de décision qui ont pris le relais en un deuxième temps. Il oppose ainsi deux modèles de structures intermédiaires, soit un modèle «techniciste» où la pratique a tendance à s'atomiser dans la technicité et où on observe l'hégémonie des nou-

velles techniques de soins (la thérapie familiale, le counseling, la dynamique de groupe, la modification de comportement) au détriment du développement d'un projet thérapeutique global, soit un modèle inspiré par la psychiatrie démocratique où il s'agit de modifier l'organisation interne de l'institution à travers une nouvelle distribution des acteurs et des rôles, et d'intégrer l'institution au sein de la communauté en sensibilisant les populations à l'accueil de la folie. Plusieurs des structures citées en exemple dans le chapitre qui précède illustrent ce modèle.

3.2 Les mécanismes de création

Un des objectifs de la création de telles associations est de leur permettre d'entreprendre des démarches pour trouver un financement à leurs activités. Les sources auxquelles elles peuvent s'adresser sont multiples: l'État, bien que le financement reçu de ce dernier soit seulement partiel, les Caisses de sécurité sociale pour tout ce qui relève de la notion de prix de journée, les collectivités locales (municipalités, régions, départements) et diverses sources d'autofinancement. Dans le cas des institutions relevant du prix de journée, la décision de financement est prise par le préfet, sur la base de l'évaluation d'un besoin par la Commission régionale et avec l'avis de la D.D.A.S.S. C'est normalement cette dernière qui instruit et présente le dossier, le promoteur de la structure pouvant par ailleurs participer à la défense du projet.

La D.D.A.S.S. dispose elle-même d'une enveloppe budgétaire qui lui permet de financer certains projets et elle peut aussi demander des crédits au Conseil général. Les membres de ce dernier peuvent s'opposer à la création de certaines structures pour des raisons électorales (peur d'une perte d'emplois pour la municipalité où est situé l'hôpital, par exemple).

Dans certains cas, les directions du Ministère peuvent décider de créer directement une structure publique qu'elles financent alors entièrement. Certaines structures peuvent aussi demander à être considérées comme des expériences-pilotes et être financées directement par le Ministère au moins durant la période de démarrage, période après laquelle les responsables doivent se trouver d'autres sources de financement. À Nice par exemple, le programme pour l'alcoolisme est financé par le Ministère parce que l'on considère qu'il possède un caractère expérimental.

Les initiateurs de projets essaient souvent diverses formules de financement. Dans le cas, par exemple, de la structure de travail Tremplin mentionnée plus haut, les responsables avaient présenté leur pro-

jet comme étant la création d'une structure de travail et d'hébergement et ainsi demandé un financement au ministère du Travail, en passant toutefois sous silence le fait que quatre des pensionnaires sur sept étaient des patients sortant de l'hôpital psychiatrique. Par la suite, le ministère de la Santé accepta de financer la structure durant une période limitée, après laquelle la D.D.A.S.S. devait prendre le relais. Ce transfert de financement semble en fait avoir du mal à se faire pour une série de raisons, et cette structure se voit actuellement menacée dans son existence.

Nous voyons une fois de plus le rôle que peuvent jouer la D.D.A.S.S. et le Conseil général, tous deux pouvant être des facteurs de promotion ou de contrainte pour les initiatives locales.

3.3 Un exemple «en marge»: l'Institut de médecine psychosomatique

Le fait de pouvoir prendre appui sur une association du type Loi 1901 permet la création de structures à caractère résolument novateur qui peuvent être amenées ensuite à prendre de l'expansion lorsque le modèle qui les sous-tend paraît particulièrement intéressant. Comme exemple d'une telle structure, nous allons considérer le cas de l'Institut de médecine psychosomatique animé par le Docteur Marty, à Paris, et constitué en association-Loi 1901 sous la présidence du Docteur Alliot. Les activités de cet institut sont périphériques par rapport au champ de la psychiatrie mais occupent, par contre, certainement une place centrale sur le plan des rapports entre services de santé physique et mentale.

Cette association est constituée en deux filiales: l'hôpital comme tel, qui est placé sous la tutelle du ministère de la Santé, et un centre d'enseignement et de recherche psychosomatique, sous la tutelle du ministère de l'Éducation nationale. L'Association s'alimente en outre à partir de cotisations des membres de l'Institut, des frais de scolarité payés par les étudiants et du mécénat; elle reçoit aussi un budget de l'Éducation nationale pour la formation continue.

Les patients visés par cet institut sont des malades somatiques qui sont transférés par des médecins généralistes, des spécialistes ou certains médecins d'hôpitaux. Aucun malade n'est refusé a priori, sauf en raison de maladies mentales, de barrière linguistique ou parce que la gravité de son état exige son hospitalisation préalable. Les cas pour lesquels on a le plus souvent recours à eux sont des cas de cancer. Le critère qui fait qu'un patient est référé à l'Institut n'est donc pas un critère nosographique (au sens où certaines maladies précises seraient qualifiées a priori comme psychosomatiques et d'autres,

non) mais l'intuition du médecin que «quelque chose» dans la maladie est sous la dépendance au moins partielle de l'activité psychique de l'individu.

Leur hôpital de jour reçoit environ 250 patients par semaine, pour une période qui dure en moyenne deux ans et demi au rythme d'une séance par semaine.

La prise en charge thérapeutique des malades repose sur les théories bien connues du Docteur Marty dans le champ de la psychosomatique. Les problèmes dans ce domaine seraient liés à une défaillance spécifique de l'appareil mental en sorte que le traitement vise essentiellement à permettre à la personne de reconstruire sa structure psychique. Contrairement à ce qui se passe dans le système de santé somatique, la thérapie vise le malade et non la maladie. Elle est adaptée à l'organisation mentale spécifique de chacun des patients. Lorsque cette dernière se révèle encore relativement solide, la thérapie se rapproche de la psychanalyse et joue sur le mécanisme du transfert. Dans les cas contraires, l'approche est basée sur la relation; le fait que le malade puisse s'exprimer et être reçu par l'autre suffit alors souvent à sa guérison.

La première étape de la thérapie consiste dès lors à tracer le portrait de la personne, non en termes statistiques «à l'américaine», nous a précisé le Docteur Marty, mais en termes d'organisation dynamique: pourquoi la personne en est où elle en est, pourquoi elle est devenue malade. Ce profil est axé sur l'historicité de la maladie psychosomatique, dans son déclenchement et dans sa guérison.

Une formation de base en psychanalyse est exigée des thérapeutes. D'autre part, dans la mesure où le fonctionnement de l'Institut repose sur une approche originale de la maladie, l'Institut a mis au point son propre système de formation et s'est donné une structure permettant d'effectuer cette formation à travers son centre d'enseignement et de recherche psychosomatique.

Il est intéressant de noter que l'Institut de médecine psychosomatique a réalisé une étude coût-efficacité de ses interventions, à la demande du Ministère. Il en est ressorti de manière frappante que les patients pris en charge par l'Institut coûtent à l'État environ seulement le tiers de ce qu'ils coûtaient auparavant et cela, malgré le caractère très intensif du suivi thérapeutique et même s'ils continuent à recevoir un traitement physique parallèle. On peut expliquer ceci de deux manières complémentaires: par un effet de «rassemblement» de la thérapie offerte, qui fait que les personnes arrêtent d'aller ici et là, de consultation en consultation à la recherche d'une guérison;

par le fait aussi que leur approche permet une prise en charge de l'«état de perdition» du patient, état qui n'est pas assumé par les autres structures en sorte que la quête du patient continue.

Ces données de même que l'attitude positive du Ministère face à une approche qui centre la thérapie sur le malade et non sur la maladie font que le Ministère a décidé d'élargir l'expérience par la création d'une autre unité à proximité puis de quatre autres centres à Paris et en province suivant un plan d'expansion décennal.

Chapitre VI
Éléments pour un bilan

Castel (1982) rappelle que la réforme des services psychiatriques qui est intervenue en France est le prolongement d'un mouvement réformiste rigoureux qui s'est particulièrement développé après la fin de la Deuxième Guerre mondiale. Il évoque aussi le grand espoir qui a alors animé la psychiatrie française. Les psychiatres avaient en effet l'impression de détenir la clé d'une transformation profonde de la psychiatrie:

— au niveau structurel, parce que la politique de secteur paraissait garante d'une modernisation des soins;
— au niveau du contenu, grâce à l'introduction de la psychanalyse comme technologie d'intervention.

Le bilan actuel de la situation est partagé. Au premier de ces niveaux, l'option retenue était d'éviter une dichotomie des prises en charge entre l'externe et l'interne et de réinsérer l'hôpital dans un dispositif de soins beaucoup plus vaste. Cela exigeait, sur le plan de la structure des services, le développement de structures extra-hospitalières de soins et d'hébergement et, sur le plan de leur fonctionnement, la mise en place de mécanismes de continuité. Ces derniers mécanismes devaient favoriser, d'une part, le passage d'une structure à l'autre en fonction de l'évolution des patients et, d'autre part, le maintien et le développement, dans ces différents services, d'un projet thérapeutique véritable.

Toujours au niveau du fonctionnement du système, il faut rappeler que l'existence parallèle de services psychiatriques publics et privés, le fait que certains services psychiatriques publics soient sectorisés et d'autres, non, ainsi que l'importance de tout le secteur semi-public dont nous avons parlé permettent une grande flexibilité des pratiques et nous ont été présentés comme les garants d'un pluralisme des pratiques sur lequel on a beaucoup insisté. D'une part, les intervenants travaillant dans le cadre de la psychiatrie publique ont été les promoteurs de structures semi-publiques par le biais de la création d'associations — Loi 1901 et, d'autre part, les Caisses de sécurité sociale remboursent les services reçus dans le secteur privé.

L'examen du «contenu» des pratiques psychiatriques françaises nous a rappelé qu'une réforme des services n'est pas uniquement

une question de structures ou de planification. Nous avons vu que l'option retenue par la France sur le plan des modèles de pratique met l'accent sur une perspective de «soins», les autres objectifs comme la réinsertion ou la réadaptation apparaissant subordonnés à cette démarche première de thérapie.

Cette centration sur les soins comporte un certain nombre de limites que nous avons soulignées à diverses reprises. Elle présente aussi un intérêt significatif sur lequel nous désirons nous attarder un moment avant de passer à un examen des limites du système psychiatrique public français et des facteurs de contrainte qui pèsent sur lui.

Il est sans doute important de revenir ici sur certaines des implications liées aux modèles de pratique qui prévalent en France:

1) Il est nécessaire de réintroduire le patient comme personnage clé dans le processus thérapeutique. On ne peut se contenter d'évaluer de l'extérieur les problèmes ou «besoins» du patient pour apparier sur cette base la personne à la structure correspondante; on ne peut non plus décider unilatéralement de la trajectoire du patient dans les services psychiatriques. Si une planification intervient, elle doit s'articuler à partir d'une demande formulée et portée par la personne elle-même. Le changement est perçu comme devant s'ancrer dans une dynamique interne, même balbutiante; la greffe purement externe d'un plan de soins décidé ailleurs est perçue comme ayant peu de chances de réussir.
2) Le contenu des interventions vise à susciter un mouvement intérieur au sein du patient lui-même, de ses motivations, à assouplir certaines de ses défenses. Dans ce contexte, la place donnée à l'imaginaire, aux registres de l'affectivité et de l'expression paraît généralement plus immédiatement importante que l'adoption par le patient d'un bon comportement ou une réinsertion qui demeurerait à la surface du sujet.
3) Les soignants autant que les patients sont confrontés à la problématique de la psychose, à l'angoisse et aux défenses qu'elle suscite. Une série de mécanismes visent souvent à permettre une reprise collective de cette situation et un travail sur les réactions qu'elle soulève. On trouve dans le système français une reconnaissance du caractère non banal des troubles psychiatriques, en même temps qu'une mise en garde contre les risques de résurgence masquée des mécanismes de rejet et d'invalidation qu'ils suscitent auprès des intervenants comme dans la population plus générale.

Nous avons mentionné tout au long du texte plusieurs limites des services psychiatriques français. Nous allons les revoir plus systématiquement en nous attachant surtout aux facteurs de contrainte qui handicapent l'actualisation du modèle prôné dans le cadre de la sectorisation.

1. Les limites principales des services actuels

Castel, un des penseurs de la «psychiatrie progressiste», a fait contre la sectorisation trois grandes critiques qui correspondent plus ou moins aux différents angles sous lesquels nous avons considéré l'organisation des services psychiatriques français, soit la structure des services de psychiatrie publique, les modèles de pratique qui leur correspondent et la dimension administrative de ces services.

1.1 Une évaluation critique de la situation

Sur le plan institutionnel, nous avons vu que le mouvement français a voulu conserver la dimension hospitalière des services psychiatriques en l'insérant dans un ensemble extra-hospitalier. L'objectif était de décentraliser la prise en charge en la faisant essaimer vers des hôpitaux généraux, par la création de tout un ensemble de structures intermédiaires ancrées dans la cité.

Castel qualifie cet essai de «pseudo-synthèse» entre la destruction de l'asile et sa réforme pour en faire un lieu de soins. Il remarque en effet que l'hôpital psychiatrique demeure au centre du dispositif de soins. Ceci se manifeste d'abord au niveau des représentations dans la mesure où c'est généralement le service interne qui est conçu comme le véritable pivot du travail de secteur; une série d'institutions plus souples viennent se greffer à cette structure centrale mais lui demeurent subordonnées. Le médecin-chef de secteur continue d'être avant tout le responsable du service interne dans lequel sont hospitalisés les habitants de son secteur.

Sur le plan des chiffres, la place centrale que continue à occuper l'hôpital psychiatrique se révèle avec une particulière netteté. Un rapport de l'Organisation mondiale de la santé datant de 1981 remarque que l'entreprise de la sectorisation a «d'ores et déjà permis de réduire le nombre de malades hospitalisés et de limiter la durée d'hospitalisation» (O.M.S., 1981, p. 70). Cette diminution nous paraît par contre demeurer relativement faible: 100 000 personnes auraient été hospitalisées dans les établissements psychiatriques en 1980, contre 120 000 en 1965. Par ailleurs, la durée des séjours se serait effectivement raccourcie de 100 jours en moyenne en même temps que les consultations extra-hospitalières augmentaient dans de fortes pro-

portions, passant de 700 000 à plus de 2 millions en 8 ans (rapport du ministère de la Santé, dans Léonard, 1982, p. 18).

Le rythme d'implantation des ressources extra-hospitalières demeure également fort lent. Picard (1984) reprend un certain nombre de données extraites d'une enquête nationale menée en 1980 (Lougnon et Planche, 1981, p. 802):

Ressources	Nombre par 100 000 habitants
— Dispensaires	2,58
— Hôpitaux de jour	0,78
— Foyers de post-cure	0,21
— Appartements thérapeutiques	0,19
— Autres	0,32

La répartition des budgets entre l'intra et l'extra-hospitalier témoigne d'une tendance similaire, puisque en 1982, 80 pour cent des fonds de santé mentale auraient été dépensés pour l'hôpital, alors qu'un peu moins de 8 pour cent de ce budget auraient été dirigés vers la psychiatrie de secteur.

Les moyens qui auraient permis de réaliser la nouvelle politique de santé mentale ne paraissent pas ainsi avoir été mis en place (Jaeger, 1981). Dans le même sens et sur le plan des attitudes générales cette fois, certains ont interprété la Loi d'orientation sur les handicapés de 1975 comme le signe d'une régression face au problème de la désinstitutionnalisation et de la déségrégation (Karavokyros, 1982).

Sur le plan technique, Castel remarque que la place prise par des techniques inspirées de la psychanalyse fait que l'intervention en matière de problèmes psychiatriques demeure très professionnelle. La sectorisation n'a donc pas touché au monopole de la compétence des professionnels par rapport à la prise en charge des problèmes psychiatriques. L'application des schémas psychanalytiques aurait aussi généré, à la longue, une certaine déception dans la mesure où ce modèle se révélait insuffisant comme outil de transformation réelle des pratiques.

Reverzy (1982) va dans le même sens quand il remarque que l'appareil sectoriel demeure encore souvent très médical. Si on considère, par exemple, les structures intermédiaires, leurs fonctions se cantonneraient le plus souvent à celle d'un relais «post-cure», n'accueillant que des patients traités, stabilisés. Peu d'entre elles auraient une fonction d'accueil en période de crise pour des patients présentant une pathologie aiguë; peu permettraient réellement à des patients très chroniques de sortir de l'asile.

Enfin, sur le plan administratif, Castel s'oppose à la dominance de la bureaucratie dans la réforme des services psychiatriques. Il critique, notamment, le fait que la réforme se soit faite par le biais d'une négociation entre psychiatres progressistes et administrateurs éclairés sans impliquer d'autres partenaires, comme les communautés de base, les partis politiques, les syndicats.

Considérant cette question sous un angle un peu différent, un des psychiatres que nous avons rencontrés a établi un lien entre cette bureaucratisation de la réforme et la longueur des délais entre les formulations idéologiques de 1945 et les circulaires qui ont défini les modalités concrètes de la réforme. Ce délai aurait entraîné une disparition de la force mobilisatrice que constituait l'idéologie sectorielle de l'après-guerre.

Un sentiment de désenchantement ou de désillusion se manifesterait ainsi à chacun de ces plans.

1.2 Des limites au niveau des postulats de base

Les critiques qui précèdent s'en prennent surtout à la manière dont s'est faite la mise en place concrète de la sectorisation. D'autres critiques s'adressent par contre aux postulats de base sur lesquels repose le modèle sectoriel.

Sur le plan du rapport à l'institution, le choix d'un schéma qui propose une réintégration de l'hôpital psychiatrique dans un ensemble plus vaste apparaît, à certains, comme irréaliste en raison du pouvoir qui demeure attaché à l'hôpital psychiatrique. Il serait utopique de penser que cette structure va elle-même accepter de disparaître ou de voir son rôle fortement réduit si des mesures plus draconiennes ne l'y contraignent pas. Nous verrons dans la dernière partie de ce chapitre que des directives très précises venant de la Direction générale de la santé visent à redresser cette situation.

Sur le plan de la philosophie d'intervention qui sous-tend la sectorisation, les deux types de problèmes que certains ont relevés ont davantage valeur de mise en garde contre les «excès» possibles de la sectorisation. Le premier est une crainte que les libertés individuelles soient violées par une pratique dans la communauté qui se montrerait trop intrusive:

> *«Dans notre pays, on est très sensibilisé à la nécessité de respecter la liberté privée: très vite les interventions spécialisées seront ressenties comme une surveillance policière, un quadrillage dit-on souvent* [...]. *La sortie des équipes psychiatriques hors des murs de l'hôpital doit comporter un grand respect pour la vie des familles»* (Lebovici, 1979).

Le second problème est le risque d'une psychiatrisation de la société (Baruk, 1979). Des interventions trop présentes dans le milieu peuvent en effet créer un besoin de prise en charge psychiatrique des problèmes qui sont, en fait, d'un ordre différent. Ce risque n'est pas l'apanage exclusif de la sectorisation et Castel et ses collaborateurs, dans leur ouvrage *La société psychiatrique avancée* (1982), ont dénoncé un piège similaire dans leur analyse des services psychiatriques aux États-Unis.

C'est la crainte de ce risque qui a amené le Commissariat général du Plan (1976) à affirmer la distance qui doit séparer sectorisation et prévention:

> *«La sectorisation ne doit pas conduire à aller au-devant des troubles psychiatriques latents, à les isoler ou à les médicaliser abusivement; elle doit se contenter de répondre à la demande lorsqu'elle existe clairement»* (Commissariat général du Plan, 1976, p. 67).

Sur le plan de l'idée même de la sectorisation, le principe d'un découpage du pays en secteurs géographiques peut également poser un certain nombre de problèmes au niveau de la notion même de territoire et à celui des implications d'une application de ce principe à des cas concrets.

La circulaire de 1972 rappelle l'obligation faite à chaque département de fixer, par un règlement départemental, la délimitation des secteurs géographiques qui servent de base à l'organisation des services psychiatriques publics. Tout en fixant une norme théorique de 66 666 habitants, la circulaire invitait à faire preuve de souplesse et à tenir compte des circonstances locales et de certains regroupements naturels. Audisio (1980) remarque qu'il faut notamment tenir compte de la dispersion de la population sur le territoire. Il propose de partir concrètement de la notion d'un «ensemble démographique techniquement viable» et de calculer sur cette base l'équipement qui apparaît nécessaire et utile, renversant ainsi en quelque sorte la procédure du découpage géographique.

La notion de territoire peut aussi poser des problèmes lorsque l'on cherche à l'appliquer à des personnes précises, particulièrement dans le cas de celles qui sont en processus de déplacement. Jaeger (1981) remarque ainsi que si l'objectif est de séparer le moins possible le patient de son milieu, ce dernier ne peut être défini par la seule considération du lieu de la dernière domiciliation:

> *«Il est préférable de tenir compte d'une vue prospective sur le groupe auquel le sujet sera intégré au moment de sa sortie. En effet, il ne faut pas perdre de vue que le principe même de la sectorisa-*

tion est d'obtenir la réinsertion sociale du malade en utilisant des moyens qui facilitent le passage d'une structure hospitalière à des structures extra-hospitalières» (Jaeger, 1981, p. 193).

Des commentaires de Grivois (1984) sur le même thème attirent en outre l'attention sur la spécificité du fait psychiatrique quand on parle de sectorisation, non seulement parce que certains psychotiques sont en déplacement incessant mais aussi et particulièrement dans la situation de l'urgence. Le Docteur Grivois (1985) revendique pour les patients en urgence «un lieu et un temps de l'insectorisable». Il demande, entre autres, que l'on puisse garder un malade pendant un certain temps dans l'hôpital auquel il s'est adressé avant de le rejeter vers «son hôpital». Il craint que la sectorisation ne devienne l'alibi et le prétexte à des mécanismes de rejets successifs:

«Le malade mental, parce qu'il est malade mental, n'est jamais là où il doit être, n'est jamais attendu nulle part, vit dans l'exclusion et toujours entre deux portes».

Le Docteur Grivois a également revendiqué pour les patients la liberté du choix d'un thérapeute. Une déclaration faite en 1972 par le Docteur Charbonneau, directeur général de la santé au Ministère, reconnaît que le libre choix du malade devrait primer en tout état de cause sur la sectorisation. En pratique cependant, un établissement a toujours le droit de refuser un patient qui n'appartient pas à son secteur et de demander au préfet son transfert en dépit de la volonté du patient, en alléguant, par exemple, un manque de place (Jaeger, 1981).

D'un autre côté, dans plusieurs des endroits où nous sommes passés, on a insisté sur la flexibilité avec laquelle est appliqué le principe de la sectorisation, particulièrement dans le cas des consultations externes.

Audisio note aussi que l'idée d'un libre choix des malades «dans l'absolu» est une fiction, accessible seulement à ceux qui jouissent du plus de relations, de ressources, de savoir. Plusieurs des personnes que nous avons rencontrées ont ainsi souligné que si obligation il y a dans la sectorisation, elle concerne les membres de l'équipe du secteur qui n'ont pas le droit de refuser personne sous prétexte que son cas est trop lourd ou en raison d'un manque de place. La sectorisation constituerait un mécanisme de pression sur les intervenants plus que sur les patients.

En ce qui concerne le cas des patients «non sectorisables», nous avons indiqué plus haut qu'un mécanisme permet une continuité de prise en charge pendant cinq ans dans le cadre de l'établissement où s'est faite l'hospitalisation.

2. Les facteurs de contrainte

Considérant le décalage qui existe entre le modèle sectoriel idéal et la réalité concrète, plusieurs ont mis en relief l'action d'un certain nombre de facteurs de contrainte qui ont empêché l'entreprise sectorielle d'obtenir les résultats escomptés. Nous allons considérer plus particulièrement quatre types de limites: celles qui jouent sur le plan légal, celles qui reflètent certaines conditions de contexte, d'autres qui tiennent à l'organisation politico-administrative de la sectorisation et celles qui sont liées au personnel impliqué dans la réforme.

2.1 La législation

Nous avons déjà noté que les services psychiatriques français sont encore officiellement régis par la Loi de 1838 et que la sectorisation n'a pas d'ancrage dans des textes légaux. Aucune disposition juridique, réglementaire et judiciaire n'organise le travail sectoriel extra-hospitalier et nous avons vu que les pratiques extra-hospitalières n'ont pu se développer que sous la fiction légale de l'étiquette de prévention. Le manque de structures financières appropriées est sans doute, du moins en partie, le résultat de ce décalage entre les textes légaux et les options théoriques et pratiques à la base de la réforme des services psychiatriques.

La Loi de 1838 a institué les placements d'office et les placements volontaires. Nous avons vu qu'une circulaire publiée en 1949 y ajoute la notion de placement libre dans l'optique d'une «normalisation» du recours à l'hospitalisation en psychiatrie.

Lorsque l'on examine la manière dont est appliquée la Loi, on observe effectivement une diminution significative des placements d'office et une augmentation correspondante des placements libres entre 1966 et 1976:

	1966	1976
— placements d'office	12%	2%
— placements volontaires	44%	12%
— placements libres	42%	95%

Dans l'hôpital psychiatrique de Villejuif, on nous a ainsi dit qu'actuellement, la plupart des hospitalisations se font sans l'intervention de la Loi. Les patients qui arrivent en placement d'office sont généralement des gens que l'on ne connaît pas; quand le contact a pu s'établir au préalable, on parvient généralement à négocier un placement libre.

Toujours dans le domaine législatif, nous avons noté que la Loi sur les incapables majeurs promulguée en 1968 devait permettre de renforcer la protection des droits des patients psychiatriques.

Examinant les données relatives à l'application de cette loi, certains (dont Jaeger, 1981) considèrent par contre qu'elle risque d'être le principe d'un développement de nouvelles formes de contrôle, particulièrement pour les régimes les plus restrictifs dont le taux de progression relative est plus rapide que celui de la «sauvegarde de justice», régime beaucoup plus souple. Jaeger (1981) cite les chiffres suivants pour étayer son argument:

	1969	1970		1971	
— mises sous sauvegarde de justice	24 522	32 304	(+31,7%)	33 307	(+3%)
— mises sous curatelle	449	587	(+30%)	667	(+13%)
— mises sous tutelle	6 322	8 319	(+31,5%)	10 780	(+29,5%)

(d'après Nhi Barte, 1978, p. 43, dans Jaeger, 1981, p. 172).

Et Jaeger conclut ainsi:

> *«Il apparaît ainsi que la ségrégation dont font l'objet les malades mentaux prend des formes nouvelles: la mise à l'écart de longue durée dans un lieu aseptisé appartient de plus en plus au passé; par contre, le maintien de l'incapable dans le milieu normal devient d'autant plus supportable que la dépossession des droits des déviants s'organise de manière systématique».*

Au niveau des personnes que nous avons interrogées, on a cependant plutôt insisté sur le caractère protecteur de la Loi. Quel que soit leur bien-fondé, les remarques de Jaeger montrent la nécessité de déborder le cadre de la seule pratique psychiatrique lorsque l'on veut se faire une idées des répercussions d'un changement de politique dans ce domaine.

2.2 Les conditions de contexte

Un des grands problèmes auquel se heurte toute réforme des services psychiatriques qui va dans le sens d'une désinstitutionnalisation est le fait que les conceptions et attentes du milieu face à la maladie mentale et aux patients psychiatriques n'évoluent pas au même rythme que celles des concepteurs de la réforme ou des administrateurs éclairés. Sous un certain angle, la création de l'hôpital peut en effet être considérée comme liée à un rejet progressif des malades

mentaux, que l'asile ait constitué l'une des formes de ce rejet, comme l'affirme Foucault (1976), ou qu'il ait constitué un lieu de protection contre les répercussions négatives de ce même rejet, comme le prétend plutôt Leighton (1982). Allant dans le sens de cette première attitude, Storper-Perez (cité par Audisio) dit que l'asile permet de se protéger du danger de désorganisation que constitue le fou.

Un des psychiatres que nous avons rencontrés a rappelé que le désir de «désaliéner» les malades mentaux a été formulé par des psychiatres ou des personnes qui travaillent quotidiennement avec des patients psychiatriques; dans le reste de la société, le désir d'enfermement fonctionnerait toujours.

Or, les réformateurs politiques ont relativement peu de prise sur cet ensemble d'attitudes qui s'appuient sur des mécanismes psychologiques, sociaux et culturels complexes; les campagnes «d'éducation» populaire en Amérique du Nord semblent donner peu de résultats concrets dans ce domaine. Nous avons vu par ailleurs que certaines équipes de secteur et surtout certains promoteurs d'associations – Loi 1901 cherchent à élaborer des actions concrètes dans cette voie, en travaillant au niveau des quartiers.

Un second élément de contexte qui est lié à cette question des attitudes est une tendance générale à l'immobilisme ou au conservatisme, qui fait que l'on a tendance à perpétuer les manières de faire. En France, cette attitude de base paraît renforcée par le peu de mobilité de la population. On est souvent infirmier ou surveillant de père en fils, en sorte que des habitudes et des attentes de continuité tendent à se retrouver au niveau du personnel de base qui travaille dans les hôpitaux psychiatriques. La présence de l'asile a de la même manière souvent contribué de façon significative à la vie sociale et économique de certaines communautés. Dans ce contexte, l'idée d'un changement dans le lieu de travail ou les manières de faire peut apparaître comme extrêmement perturbatrice et amener la levée d'une série de boucliers. Ceci peut engendrer des pressions politiques sur les élus locaux dont nous avons vu le rôle important au niveau de la votation des budgets.

Cette tendance à l'immobilisme pourrait s'avérer particulièrement importante et précieuse dans le cas de la psychiatrie. Elle fait écho à l'immobilisme de la psychose et au retrait contagieux qu'il entraîne; elle est en même temps renforcée par une série de mécanismes de défense contre l'interpellation personnelle par la folie de l'autre. Un psychiatre rencontré a ainsi suggéré que les psychiatres auraient intérêt à changer de secteur tous les dix ans, pour permettre le renou-

vellement des perspectives et le développement d'un regard autre sur un lieu autre.

D'autres aspects du contexte qui exercent également un effet de barrière par rapport au développement de la sectorisation sont plus conjoncturels. L'un deux est le manque actuel de consensus sur le plan politique en France. Ceci rendrait plus problématique la recherche d'un soutien politique permettant de réenvisager une loi touchant à des sujets aussi controversés que ceux couverts par la Loi de 1838.

L'autre élément conjoncturel est constitué par les effets de la crise économique qui s'est manifestée en France avec une force particulière. Les répercussions d'une telle crise apparaissent de manière évidente au niveau de la rareté des budgets disponibles. Il est difficile dans ces conditions de développer des structures intermédiaires qui permettraient de donner véritablement des assises concrètes à une sectorisation des services. Seuls les secteurs qui se sont développés durant les années 60 ou au début des années 70 ont pu se doter d'un réel équipement sectoriel de base. Nous avons été frappés de voir des secteurs nouvellement créés en milieu rural fonctionner avec un personnel très restreint et aucune ressource intermédiaire accessible sur son territoire. Il est évidemment difficile dans ce contexte d'aller beaucoup plus loin qu'une pratique, à temps très partiel, de dispensaire dans le domaine de l'extra-hospitalier.

On peut par ailleurs penser que la crise actuelle a aussi des implications plus difficiles à évaluer exactement et qui se manifestent par une montée des tendances convervatrices ou réactionnaires sur le plan politique et social. Un tel état d'esprit ne va évidemment pas dans le sens de la visée de prospective sociale que l'on retrouve, ou retrouvait, chez les grands promoteurs du secteur.

2.3 L'organisation politico-administrative

Nous avons vu que dans la situation actuelle, les services psychiatriques relèvent d'une série de directions et de bureaux différents au Ministère. Ce fractionnement fait obstacle à l'élaboration d'une vision d'ensemble sur la sectorisation et la programmation efficace d'une politique.

Deux autres points sont aussi à considérer: la manière dont s'est concrètement effectué le découpage géographique en secteurs et la question de la décentralisation des services.

Au premier de ces niveaux, il faut noter que le découpage d'un territoire en secteurs n'est pas le seul apanage de la psychiatrie. En 1976 par exemple, des secteurs sanitaires ont aussi été déterminés,

mais dans une optique administrative; ce procédé doit permettre une évaluation plus précise des besoins en équipement privé et public dans le secteur hospitalier. On observe aussi des découpages sectoriels dans le domaine des services sociaux et en relation avec la justice et l'éducation nationale. Comme ces différents partages ont été réalisés à des époques différentes, ils l'ont été de manière indépendante et aucune unification n'est intervenue a posteriori pour tenter d'homogénéiser les territoires. Ceci complique certainement la possibilité d'établir une collaboration concrète entre les intervenants travaillant dans ces différents domaines.

Au niveau de la décentralisation, nous avons vu que les mécanismes administratifs et financiers mis au point en France accordaient un rôle important aux Conseils généraux et régionaux et aux élus locaux, tant dans la décision de créer de nouvelles ressources que pour la vocation des budgets. Selon plusieurs des interlocuteurs rencontrés, le développement des structures sectorielles dépend en fait de «la bonne volonté des élus locaux», lesquels peuvent être soumis à des pressions politiques qui ne vont pas dans le sens de la dispersion des services. Nous avons vu que cette situation a amené une grande diversité dans la mise en place des structures sectorielles et s'est reflétée dans une inégalité flagrante entre les diverses régions de France dans le domaine de la sectorisation des services psychiatriques.

On peut dire que cette situation est le reflet concret, sur le plan du fonctionnement, des attitudes sociales dont nous avons parlé plus haut. Si l'on continue à penser par ailleurs qu'il est indispensable que les communautés de base soient associées le plus possible aux efforts de réinsertion des patients psychiatriques, ceci pose de sérieux problèmes.

La solution adoptée par le gouvernement français au début de 1984 a été de recentraliser entre les mains de l'État tout le financement des services publics en matière de psychiatrie. Elle est vraisemblablement provisoire et semble avoir comme objectif un rattrapage des régions les plus défavorisées dans ce domaine. Dans une conférence de presse prononcée en 1984, le secrétaire d'État chargé de la santé a commenté cette mesure en disant que «le Gouvernement a pris ses responsabilités». D'autres mécanismes devront sans doute se mettre en place pour contourner les effets négatifs de la décentralisation passée tout en permettant un retour des mécanismes décisionnels vers les départements et les collectivités suivant l'orientation prônée dans les autres domaines de la vie policito-administrative française.

2.4 Les problèmes liés au personnel

Plusieurs des personnes rencontrées ont souligné que la sectorisation est moins un changement de structures qu'une transformation des mentalités dans le sens d'une intériorisation des trois principes de base que nous avons situés à la racine de l'entreprise sectorielle. À ce niveau, le personnel impliqué dans le fonctionnement concret du système constitue un élément crucial pour la réussite de ce dernier; un rapport effectué récemment par l'A.M.P.S. constate que les problèmes du personnel sont de loin les plus déterminants.

Dans la réalité, la tendance à l'immobilisme mentionnée plus haut ainsi qu'une stabilité de modes de pratique anciens continuent à être des obstacles importants à une réforme des services psychiatriques. On nous a mentionné à plusieurs reprises l'existence de pressions syndicales venant, notamment, d'infirmiers travaillant à l'interne et qui font obstacle à une modification des lieux de soins ou des formes de pratique; c'est l'une des raisons qui nous ont été données pour expliquer la difficulté de concrétiser l'idée d'une continuité des équipes. Sans prendre une forme aussi explicite, cette opposition latente peut entraîner un piratage de certains initiatives. On nous a, par exemple, cité le cas des résistances à un projet de modifier l'utilisation des petites cuisines qui existent sur certaines unités. Considérant ce lieu comme un espace privé qui lui appartient et dans lequel il peut venir se réfugier, le personnel résiste à l'entrée des malades dans cet espace ou à l'utilisation de ce dernier dans le cadre d'un projet thérapeutique.

L'importance des effectifs est aussi un des éléments à considérer sous ce chapitre du personnel. Le même rapport de l'A.M.P.S. remarque que la valeur d'un dispositif de soins en psychiatrie dépend en grande partie du temps qui est consacré à chaque malade ainsi que de la relation thérapeutique qui s'établit entre le malade et chaque membre de l'équipe. Sur cette base, ses auteurs demandent que les normes d'affectation du personnel soient changées. Ils suggèrent que la densité du personnel médical et paramédical nécessaire au fonctionnement du secteur soit calculée non pas en fonction du nombre de lits d'hospitalisation mais en tenant compte des éléments suivants:

— le nombre de malades qui, hospitalisés ou non, sont pris en charge dans le cadre du secteur, c'est-à-dire la file active;
— le regroupement ou la dispersion des lieux d'activité;

— la qualité et la densité des institutions publiques et privées qui existent dans le secteur;
— le nombre d'établissements dans lesquels les psychiatres ou les membres de l'équipe sont appelés à intervenir.

Enfin, on retrouve ici des difficultés inhérentes au champ de la psychiatrie. Vermorel (cf. Audisio, 1980) rappelle que le contact avec les malades mentaux est angoissant. Le système classique qui maintenait une séparation rigoureuse entre soignants et soignés se révélait à cet égard plus sécurisant; une augmentation des contacts thérapeutiques ne peut se faire sans un accroissement de l'angoisse intérieure des soignants.

Pour tenter d'aménager ce problème et de mobiliser les énergies de l'équipe soignante autour du projet thérapeutique, des équipes de secteur ont mis au point certains mécanismes internes. Nous avons déjà mentionné l'intérêt que présente le fait de pouvoir se référer à un cadre théorique commun qui facilite les échanges et la reprise du vécu de chacun dans des séances collectives. Il faut aussi mentionner la tenue régulière de réunions où l'on ne se limite pas à discuter du cas de certains malades mais où les équipes cherchent à faire le point sur les formes d'inertie, de conflit, de résistance et de dynamisme qui animent leur pratique et sur les réactions à l'égard de certains patients ou de certaines initiatives.

La formation du personnel constitue une autre façon de chercher à résoudre à moyen terme certains des obstacles que nous venons de relever. Il faut noter qu'une taxe de 1 pour cent sur les salaires permet de dégager une masse monétaire qui doit être affectée à la formation continue. Chartron (1982) remarque qu'il s'agit là d'un montant financier considérable mais que l'on cerne encore mal la demande correspondante en quantité, en qualité et en diversité. Elle suggère que l'objectif que doit viser cette formation continue n'est pas le même que celui que poursuit une formation de base: il ne s'agit pas de donner «plus» de quelque chose, mais de permettre aux intervenants d'intégrer à un savoir constitué et institué le savoir quotidien de la pratique réelle. Il faut essentiellement éduquer les intervenants au changement, c'est-à-dire leur apprendre à prévoir l'évolution de la réalité, à s'y ajuster ou éventuellement à l'infléchir; le défi de cette formation-action est de savoir comment la formation continue peut contribuer à un changement à l'hôpital psychiatrique.

2.5 Les difficultés intrinsèques à l'idée d'évaluation

Peu de données permettent de se faire une idée précise de l'impact des différents types de structures ou de programmes.

Selon des administrateurs que nous avons interrogés à ce sujet, une évaluation qui viendrait directement de l'administration apparaît difficilement pensable en France et rencontrerait une forte opposition de la part des soignants. Il n'y aurait actuellement aucune informatisation d'éléments de dossiers psychiatriques à l'échelle nationale, même si les hôpitaux psychiatriques sont en train de se doter d'un outil permettant une gestion informatique des dossiers à leur niveau.

On nous a signalé en France l'existence d'une commission nationale d'informatique et liberté souveraine en matière de décision et devant laquelle doit être présentée toute proposition de constitution d'un fichier, même manuel.

Par contre, certains établissements ou associations se sont dotés de structures de recherche à travers lesquelles elles essaient de prendre un recul par rapport à leur pratique, dont, entre autres,

— l'Association santé mentale et communauté (une Association-Loi 1901) à Lyon, qui se donne un mandat de recherche aussi bien que d'intervention. Parmi les études actuellement en cours, on nous a cité une étude à long terme sur une population âgée, une étude des clientèles qui consultent en psychiatrie publique et une enquête sur la démence sénile;
— les travaux de recherche réalisés dans le cadre des services hospitalo-universitaires. Dans le service du Professeur Lebovici à l'hôpital Avicenne par exemple, un projet de recherche-action-formation veut évaluer l'impact d'un programme de prévention destiné à des mères avec de jeunes enfants;
— les travaux effectués dans le cadre de l'Institut de médecine psychosomatique.

Ces cas demeurent malgré tout rares et plusieurs équipes nous ont dit ne pas avoir de moyens ni d'énergie à consacrer à de telles démarches. Par contre, nous avons vu que les équipes qui cherchent à innover, dans le domaine des structures intermédiaires plus particulièrement, essaient d'entretenir une démarche de réflexion et d'analyse par rapport à leur pratique. Un psychiatre travaillant en milieu rural nous a, par exemple, montré un grand tableau réalisé avec les membres de son équipe au cours d'une réflexion collective sur «ce qui les fait fonctionner» comme équipe de secteur: un diagnostic, la souffrance, la peur...

Le simple fait que ce type de réflexion puisse prendre place dans un espace et un temps de la pratique sectorielle est sans doute fondamental pour résister à ce risque d'immobilisme et de distanciation que peut générer le travail quotidien avec les psychotiques.

Enfin, il faut mentionner toute la recherche qui est rattachée aux universités et aux services psychiatriques universitaires. Selon le Docteur Grivois, c'est actuellement le pragmatisme qui domine la recherche en psychiatrie plus que les grandes options sociopolitiques comme ce fut le cas avant.

3. Des perspectives d'avenir

3.1 Des rapports-bilans

Au cours de ces dernières années, un certain nombre de rapports ont visé à effectuer un bilan de la sectorisation des services psychiatriques et ont proposé plusieurs réajustements ou modifications pour améliorer le système actuel. Certains ont été rédigés par des groupes d'intérêt voulant faire connaître leurs positions dans ce domaine; d'autres ont été écrits à la demande expresse du Ministre .

Nous nous arrêterons ici sur deux de ces mémoires. Le premier, intitulé *Memorandum sur la situation de la psychiatrie publique* et rédigé en 1980, a été préparé par l'Association des directeurs d'établissements publics spécialisés en psychiatrie. Le second fait suite aux travaux d'une commission présidée par les Docteurs M. et J. Demay et a été préparé à la demande du Ministre de la Santé, Monsieur Jacques Ralite. Il a été publié en 1982 sous le titre *Voie française pour une psychiatrie différente.*

Les deux documents se rejoignent sur différents points, bien que l'angle particulier sous lequel ils sont abordés diffère:

— *La demande d'une réforme des modes de financement.* Le rapport de l'Association demande qu'une part importante des activités du secteur soit financée par la Sécurité sociale; il propose le choix entre deux modes de financement, soit un double financement avec une enveloppe globale pour la prévention et un paiement à l'acte pour les activités de soins, soit un financement unique avec une participation forfaitaire de la Sécurité sociale au budget du secteur. Le rapport Demay prend quant à lui nettement position pour une «unification et globalisation» des modes de financement. Il demande un système global de prise en charge des dépenses liées à l'activité psychiatrique, budget construit sur la base des éléments d'activité de chacune des structures concernées; il propose de tenir compte, par le biais des indices, des activités novatrices et du temps d'intervention auprès des collectivités.

— *La constitution d'un conseil de coordination des activités au niveau du secteur* ou le renforcement de son action. Le Conseil de santé

mentale dont la création avait été préconisée dans la circulaire de 1972 ne paraît pas en effet jouer son rôle.

— *La création d'un centre de santé mentale* qui pourrait être le pivot des activités extra-hospitalières de l'équipe de secteur.

— *L'importance de créer des structures-relais dans la communauté.* Le rapport Demay insiste sur la nécessité de lieux différenciés relayant progressivement les concentrations asilaires et permettant de moduler les soins et l'assistance. Il parle aussi de la nécessaire liaison avec les institutions non psychiatriques et met en garde contre la tentation de multiplier les structures psychiatriques d'assistance faute de trouver des structures d'accueil non psychiatriques; il faut créer des circuits en gradation, de moins en moins psychiatrisés.

— *La mise en place de certains mécanismes d'évaluation.* L'Association précise qu'elle se propose de diffuser chaque année sous une forme digestible les résultats d'une comparaison nationale intersecteur. Le rapport Demay souligne quant à lui l'importance de projets-bilans réalisés par les équipes de secteur elles-mêmes. Il remarque qu'il faut favoriser le développement d'expériences originales mais qu'il est essentiel que ces expériences puissent être révisées et modulées en fonction des résultats observés.

Plusieurs divergences se manifestent également dans les deux documents. L'une des plus importantes concerne la gestion de l'activité sectorielle. Pour l'Association des directeurs d'établissements, c'est l'hôpital spécialisé en psychiatrie et l'hôpital général sectorisé qui doivent être le support des activités du secteur; c'est leur rôle de créer et de gérer les structures intermédiaires de type soignant. Pour eux, en effet, la déconcentration et dispersion des lieux de soins ne peuvent se développer qu'en prenant appui sur une structure plus stable et plus importante. Le rapport Demay demande par contre un système de gestion «rigoureusement et constamment indépendant de l'hôpital», système qui exige la création de nouveaux cadres juridiques permettant «une gestion dégagée de l'hospitalo-centrisme».

Un autre lieu de divergence important a trait à la question de la formation et plus particulièrement au rôle du personnel non spécialisé. Le rapport de l'Association se demande s'il est raisonnable d'éviter le contact entre les patients et les agents de service chargés de l'entretien: doit-on «les enfermer dans un monde peuplé de techniciens de la santé mentale alors qu'on prétend les préparer à reprendre une vie normale le plus rapidement possible» (p.13)? En ce qui concerne l'introduction d'aides-soignants dans les hôpitaux, le

mémoire note: «Pourtant l'évolution paraît irréversible et le besoin de disposer d'un personnel adapté aux tâches ménagères et hôtelières se fait impérieusement sentir».

La position du rapport Demay sur ce point prolonge l'accent placé par les auteurs au début du rapport sur la dimension des soins: «Les A.S.H. [aides-soignants hospitaliers], certes, libèrent l'infirmière d'un certain nombre de tâches matérielles (ménage, linge), mais où sont les limites si les repas et les toilettes ne sont plus du domaine de l'infirmière psychiatrique, celle-ci privée de moments relationnels importants?» (p.12). Un même souci de la relation thérapeutique se retrouve dans la manière dont le rapport décrit la formation permanente qui doit «d'abord être un *travail sur soi* et une certaine forme d'intercontrôle réciproque. L'écoute, la relation au malade sont en permanence formatrices, si elles sont reprises, restituées à l'histoire du sujet, situées et contrôlées par rapport à soi-même» (p.22).

Sur le plan de la formation toujours, alors que l'Association se prononce pour une fusion de la formation des infirmières diplômées d'État et de celle des infirmières de secteur psychiatriques, le rapport Demay revendique une formation spécifique pour l'infirmière psychiatrique de secteur.

De manière générale, on peut dire que le rapport présenté par le groupe de travail dirigé par les Docteurs Demay accorde une plus grande place au rappel des principes de base qui ont guidé la réforme; il cherche à juger la réalité concrète et veut proposer des ajustements permettant de coller de plus près à ces principes au niveau des réalisations. Le rapport a été fortement critiqué par des partisans d'une psychiatrie plus classique. Il semble par ailleurs n'avoir pas eu de répercussions directes au niveau des prises de décision politiques et administratives.

3.2 La Commission des maladies mentales

La Commission des maladies mentales existe depuis 1970. Elle est attachée directement au ministre chargé de la santé. Elle a été réactualisée par un arrêté pris le 13 août 1983 et visant à la rendre réellement fonctionnelle dans le cadre de la réorientation des politiques en matière de psychiatrie.

Le mandat de la Commission est formulé comme suit:

«Il est constitué auprès du ministre chargé de la santé une commission des maladies mentales. Cette commission est chargée à la demande du ministre, de donner un avis ou de formuler des propositions sur les divers programmes et actions visant à lutter con-

tre ces affections en améliorant la prévention, le diagnostic, les soins et la réinsertion des malades et anciens malades».

La composition de cette commission est originale et respecte le principe français qui consiste à réunir dans des groupes de travail les différents acteurs impliqués de près ou de loin dans un domaine particulier. Un certain nombre d'experts mettent aussi leur connaissance au service de la Commission.

La Commission compte trois types de membres:

— 12 membres de droit qui représentent différents ministères (Éducation nationale, Justice), différentes directions (Direction générale de la santé, Directions des hôpitaux, de la sécurité sociale, de la pharmacie, de l'action sociale) ainsi que diverses caisses d'assurance;

— 16 personnes désignées par le ministre sur proposition d'organisations professionnelles ou syndicales: 4 directeurs d'établissements publics et privés, un représentant de l'Association des familles et amis de malades mentaux, et 1 de la Fédération des sociétés des croix marines, 5 psychiatres proposés par les différents syndicats et 5 représentants des équipes soignantes et sociales de secteur;

— 18 personnes particulièrement qualifiées.

Les membres de la Commission sont nommés pour quatre ans renouvelables.

Le discours d'ouverture du Ministre de la Santé insiste sur l'importance du rôle de la Commission qui doit contribuer à construire un outil adapté à la psychiatrie moderne et participer ainsi à «la deuxième révolution de la psychiatrie de secteur». Le Ministre s'engage à tenir compte de ses avis lors de l'élaboration de sa politique de santé mentale.

Dans son discours, le Ministre indique que les travaux de la Commission doivent se déployer suivant quatre dimensions principales: juridique, administrative, financière et démocratique. Il s'agit de donner une existence juridique au secteur, de définir le cadre juridique, administratif et financier d'une gestion déconcentrée de la psychiatrie publique au niveau du département et du secteur, et de donner plus de responsabilités aux différents acteurs, notamment paramédicaux et sociaux.

Dans le concret, la Commission fonctionne par le biais de groupes de travail qui se fixent chacun des objectifs et un calendrier et qui formulent des propositions concrètes qui sont par la suite discutées en séances plénières.

Actuellement, les groupes de travail sont constitués autour des thèmes suivants[1]:

— *Législation et statut juridique des malades mentaux.* Ce groupe travaille à une réforme du Code pénal et plus particulièrement de l'article 64 de ce code. Les participants s'attaquent surtout au décalage qui existe entre les questions rituelles du juge et le savoir psychiatrique; à la limite, c'est l'expert qui est amené à se prononcer sur le délit alors que son avis devrait essentiellement permettre d'éclairer la dynamique d'un cas. Le groupe travaille aussi à une réforme de la Loi de 1838, dans le sens d'une moins grande rigidité; un des objectifs est de pouvoir diversifier les lieux dans lesquels on peut soigner des personnes sans leur consentement.

— *La santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.* C'est particulièrement la question délicate de l'intégration des enfants en milieu scolaire qui fait actuellement l'objet d'études.

— *Le statut des personnels non médicaux.* La tendance qui domine dans ce groupe de travail est d'accentuer la souplesse et d'accorder un seul diplôme d'infirmier avec une spécialisation en fin de formation.

— *L'enseignement et la formation des médecins.* L'idée de base est celle d'une diversification de la formation. Le Professeur Bourguignon suggère que tout étudiant en médecine effectue un séjour en psychiatrie et que tout spécialiste suive une de ses années de formation en dehors de sa discipline de base.

— *La recherche.* Plusieurs formules font actuellement l'objet d'études. Une certaine divergence semble exister entre les partisans d'une recherche plus classique en sciences fondamentales, en clinique et en épidémiologie, et les partisans d'une recherche interdisciplinaire (intégrant les sciences humaines et sociales) sur les services psychiatriques et les maladies mentales.

— *Les marges et les limites de la psychiatrie.* Actuellement, ce sont les services destinés aux personnes âgées qui constituent le centre d'intérêt de ce groupe de travail. L'idée de base est que c'est aux psychiatres d'aller vers les personnes âgées plus que l'inverse; ceci signifie un encadrement accru pour les hospices et, si besoin, la création de maisons de soins spécialisées en psychogériatrie.

— *L'articulation de la psychiatrie publique et privée*, par le biais d'une commission départementale.

1. Nous nous basons ici sur des notes prises au cours d'une entrevue avec le Professeur Bourguignon, Président de la Commision de la maladie mentale.

— *Organisation et financement.* Il s'agit d'examiner le résultat d'expériences-pilotes qui impliquent le transfert d'une partie du budget extra-hospitalier à la sécurité sociale, dans l'optique d'un budget global qui serait géré de l'intérieur de l'hôpital.

Nous voyons donc que les travaux de la Commission concernent un ensemble de points techniques importants dans le cadre de la sectorisation des services de psychiatrie publique. Après le rapport Demay, on a ainsi l'impression que l'attention s'est, au moins provisoirement, détournée des questions de «philosophie de base» pour se centrer sur des matières plus concrètes d'organisation et de contexte.

3.3 Des mesures récentes

Plusieurs mesures ont été récemment annoncées par le secrétaire d'État chargé de la santé, lors d'une conférence de presse donnée le 18 octobre 1984. Elles reprennent ou prolongent une bonne part des thèmes qui font actuellement l'objet d'études des groupes de travail de la Commission des maladies mentales, témoignant ainsi des rapports étroits qui lient celle-ci au gouvernement:

— Un redéploiement des moyens psychiatriques de l'intra-hospitalier vers l'extra-hospitalier. Il rappelle que les objectifs que l'État s'est fixé pour son IX^{e} plan sont les suivants:
  - opérer la fermeture de 12 000 lits inoccupés dans les hôpitaux psychiatriques;
  - transformer 28 000 lits en places dans des institutions plus légères, particulièrement dans le cas des personnes âgées souvent hospitalisées sans nécessité en hôpital psychiatrique;
  - prévenir les hospitalisations par le développement de solutions de rechange à l'hospitalisation, la multiplication des points d'accueil et de consultation, une meilleure articulation avec le secteur libéral et les généralistes.

  Le redéploiement des moyens devrait permettre d'utiliser les fonds dégagés à l'interne pour développer l'extra-hospitalier.

— Abolir le clivage entre soins et prévention et modifier un système où le renforcement de l'extra-hospitalier a une incidence directe sur le niveau d'activité de l'hôpital et par là, sur son équilibre financier. Quatre expériences de financement global sont actuellement en cours.

— Aménager et unifier le statut des personnels travaillant dans le secteur psychiatrique afin, notamment, de faciliter la mobilité entre l'intra et l'extra-hospitalier. Actuellement, certains membres de

l'équipe de secteur relèvent de l'hôpital alors que d'autres dépendent du département ou des services sociaux.

— Revoir la Loi de 1838 dans le sens de la possibilité de prodiguer, dans le cadre du secteur, des soins psychiatriques à toute personne en «placement d'office».
— Améliorer la formation et la recherche. Dans ce dernier contexte, on est en train de redéfinir les nouvelles missions de l'I.N.S.E.R.M., organisme national de recherche en matière de santé.
— Améliorer les mécanismes de coordination entre psychiatrie publique et privée, entre psychiatrie et l'ensemble du système de santé.
— Donner une priorité aux soins psychiatriques aux personnes âgées en renforçant le maintien à domicile et par la création de structures adaptées en liaison avec la diminution des lits en hôpital psychiatrique.

Dans le domaine de la recherche, il faut signaler la création du M.I.R.E. (Mission recherche-expérimentation) attachée au ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale et impliquant un petit groupe de psychiatres progressistes. Cet organisme diffuse un bulletin, *M.I.R.E. — Information*, qui cherche à énoncer certaines orientations de recherche en santé mentale tout en étant un outil de communication visant à stimuler les échanges dans ce domaine.

Ce groupe, créé récemment, compte deux réalisations majeures à son actif:

— la rédaction d'un document sur la «littérature grise», qui vise à faire connaître et à diffuser une série de travaux et de documents produits par des groupes et établissements divers mais généralement peu connus;
— le lancement d'un «appel d'offres» visant à financer divers projets de recherche en santé mentale et s'adressant plus particulièrement aux spécialistes des sciences de l'Homme et de la société.

Enfin, certains changements en cours dans le champ plus général des hôpitaux risquent d'affecter la psychiatrie. Les deux points que l'on nous a mentionnés ici sont 1) le changement dans les règles d'affectation des postes, qui vise à supprimer les postes «de responsabilité éternelle» (le médecin-chef serait élu pour quatre ans mais jouirait alors de grands pouvoirs), et 2) la départementalisation qui regroupe plusieurs des secteurs d'un hôpital général pour en faire une unité dont la direction changerait également tous les quatre ans.

Bien que les personnes interrogées se questionnent sur les implications de cette dernière mesure dans le cas des services psychia-

triques, la départementalisation est perçue comme devant favoriser le regroupement d'un certain nombre de services sectoriels attachés à un même hôpital et une certaine mise en commun des personnes et, surtout, des moyens disponibles (comme les hôpitaux de jour ou des appartements thérapeutiques).

II- L'expérience de la Grande-Bretagne (Lise Tessier)

Introduction

Pour la Grande-Bretagne, la désinstitutionnalisation n'est pas une notion abstraite ni un vœu pieux, mais une réalité concrète dont on retrace généralement les origines au milieu des années 50. En effet, depuis trente ans, 76 000 lits ont été fermés dans les hôpitaux à vocation psychiatrique (asiles) (Bennett, 1983). Et ceci, de façon graduelle et régulière pour les adultes de 18 à 65 ans. En 1975, le ratio était de 1,8 lit pour 1 000 habitants.

Ce mouvement, provenant de la base, a été entériné par les politiques gouvernementales du tout début des années 60 (D.H.S.S., 1962 et 1963), politiques dans lesquelles on s'intéresse déjà au développement du COMMUNITY CARE[1] pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques majeurs.

Ce thème du COMMUNITY CARE reviendra comme un leitmotiv au fil des années et sera le principe directeur du livre blanc *Better Services for the Mentally Ill* (1975), qui propose un modèle cohérent de services complets et intégrés au niveau du district (200 à 300 000 habitants). Il aboutira aussi à une conceptualisation théorique et pratique de la réadaptation (Wing, 1981; Watts et Bennett, 1983) basée sur les connaissances développées par la psychiatrie sociale et les sciences du comportement, de même que sur les modèles sociaux de services résidentiels.

Cette consistance dans la direction suivie, avec l'accord des différents partenaires impliqués (gouvernement, professionnels, mouvements privés), et ce succès dans la réduction du nombre de lits et dans l'augmentation parallèle de l'utilisation de ressources communautaires, telles les HOSTELS, les centres d'hébergement protégés, les hôpitaux de jour et les infirmiers communautaires, masquent le fait que ce processus n'a pas été basé sur une seule philosophie, ni été un processus linéaire, mais a été marqué par des changements

1. Le terme COMMUNITY CARE dans le service de santé nationale en Grande-Bretagne met l'accent sur la distribution de services psychiatriques dans la communauté pour les personnes ayant des troubles psychiatriques; les problèmes névrotiques sont traités et ont toujours été traités en majorité par les médecins généralistes avec très peu de contribution de la part des spychiatrie (Bennett, 1983).

idéologiques successifs dont l'impétuosité venait d'acteurs différents et avec des conséquences pratiques très importantes.

Le renversement idéologique le plus spectaculaire s'est produit dans les années 60 et 70 alors que le modèle médical, prédominant depuis les années 30, a été remplacé par un modèle social dont l'objectif n'était pas de rejeter l'hôpital complètement mais de restreindre son utilisation dans la mesure du possible aux soins des malades en phase aiguë. Les fonctions d'hébergement de longue durée et de support pour ceux qui ont des incapacités chroniques deviennent du ressort des départements locaux de services sociaux qui doivent développer des modèles de services d'hébergement (Bennett, 1983).

Ce succès masque aussi les tensions énormes générées par les difficultés à rendre le modèle opérationnel et par les contraintes budgétaires des années récentes.

Ce modèle se caractérise par:

— un engagement des services psychiatriques envers la personne souffrant de troubles psychiatriques majeurs;
— un consentement des gouvernements, des professionnels et des mouvements privés pour une orientation de services dans la communauté même si cette notion de COMMUNITY CARE pouvait contenir des significations différentes, ambiguës ou contradictoires;
— une volonté d'intégrer les services à cette clientèle à l'intérieur d'un district de 200 à 300 000 habitants, intégration signifiant une gestion unique pour les services psychiatriques et les services de médecine générale et des mécanismes de coordination avec les services sociaux et le secteur privé qui ont une gestion différente;
— une utilisation des résultats de recherche pour procéder à la réévaluation constante de l'application de cette politique.

C'est donc ce type d'expérimentation que nous essaierons de cerner dans ce document. Dans le premier chapitre, nous nous intéresserons aux diverses significations qu'a pris le terme COMMUNITY CARE au fil des ans depuis la fin du XIX^{e} siècle, en soulignant l'importance des acteurs impliqués dans ces changements, le climat sociopolitique prédominant à chaque époque et les influences théoriques sous-jacentes.

Le cadre législatif sera aussi spécifié.

Les chapitres deuxième et troisième toucheront à des questions de contenu: idées force et structures qui incarnent la position à laquelle

le système en est arrivé à ce moment-ci de son évolution, modèles de pratique, services qui opèrent en périphérie de la psychiatrie proprement dite ou qui visent des populations particulières.

Le quatrième chapitre sera consacré à la structure administrative dans laquelle s'inscrivent les services psychiatriques en Grande-Bretagne et à la signification très particulière que revêt la notion de décentralisation. La seconde partie concernera les mécanismes financiers sous-jacents au fonctionnement du service.

Enfin, le dernier chapitre visera à effectuer un certain bilan de la situation.

Chapitre I
Des éléments de contexte

1. Le contexte de l'évolution des services psychiatriques

1.1 Une succession de réformes

Le développement des services psychiatriques en Grande-Bretagne s'est fait sous la poussée de réformes successives amorcées par des acteurs différents et poursuivant des objectifs différents.

Le XIX^e siècle: les réformateurs sociaux

Le début du XIX^e siècle a été marqué par l'indignation des réformateurs sociaux (généralement des politiciens) devant les conditions intolérables qui existaient alors dans les «workhouses» et dans les asiles privés. Ils parlaient au nom d'une certaine moralité et la conséquence directe s'est traduite par une loi obligeant les autorités locales à créer des asiles publics (1845).

1920-1960: leadership médical

Au début du XX^e siècle, une nouvelle réforme s'amorce, cette fois sous le leadership médical (psychiatres et infirmiers) qui cherche à ouvrir l'asile vers la communauté. Ce mouvement, qui met l'accent sur l'hôpital comme élément d'un service communautaire plus large, a été interrompu durant la Seconde Guerre mondiale mais accéléré durant les années 50 alors que les asiles ont été incorporés dans le nouveau National Health Service et qu'une nouvelle génération de psychiatres et d'infirmiers ont entrepris avec détermination de faire des changements radicaux compatibles avec le *Welfare State* en plein développement.

Avant 1930

Au début des années 20, des dons privés permettent la création de l'hôpital Maudsley et de la Clinique Tavistock qui étaient les seuls à pouvoir traiter des patients volontaires. Influencés par l'école psychanalytique, ils firent la démonstration qu'un traitement humain en externe peut être efficace. D'autre part, le malaise au sujet de la détention des personnes saines et de la cruauté dans les institutions persistait dans l'opinion publique et fut d'ailleurs à l'origine de la créa-

tion de la Commission royale précédant le Mental Treatment Act de 1930. Ces deux facteurs se conjuguèrent pour influencer la teneur de cette loi qui, pour la première fois, permettait le traitement volontaire dans les asiles publics.

Réactions au Mental Treatment Act

En juillet 1930, quelques jours seulement après la promulgation de la Loi, le Board of Control a convoqué une conférence de deux jours à laquelle participaient les directeurs médicaux des asiles, les membres des comités de visiteurs de ces hôpitaux, les représentants des autorités locales de santé et les bénévoles.

C'était un climat de jubilation. On avait l'impression que le travail des meilleurs avait été entériné et que le travail des autres devait maintenant s'élever au niveau des standard reconnus. Selon le Ministre de la Santé, c'était l'aboutissement de dix ans d'efforts pour vaincre la ségrégation du malade mental.

Cette conférence eut un énorme succès comme instrument de discussion et de propagation des idées nouvelles. Le modèle était maintenant établi pour les réunions de l'avenir dans lesquelles toutes les parties concernées peuvent étudier leurs problèmes communs face à l'application de la législation.

1930-1960

À cette époque, l'ouverture de l'asile sur la communauté signifiait une politique de la porte ouverte et une augmentation importante du nombre de cliniques externes. Jones (1972) souligne qu'au milieu des années 50, il était fréquent pour un psychiatre de l'asile de passer une partie substantielle de son temps dans des cliniques externes situées souvent dans des hôpitaux généraux, dans la communauté. Le nombre de nouvelles admissions augmenta et l'accent fut mis sur les soins aigus et les admissions brèves. En 1948, le concept d'hospitalisation de jour fut introduit par Bierrer.

Un nouveau type de population plus désireuse d'utiliser l'hôpital et plus susceptible de retourner dans la communauté recherchait des soins psychiatriques.

À cette époque, l'existence des asiles n'était pas remise en question: on cherchait simplement une réponse aux besoins d'une nouvelle population qui augmentait en nombre. Il fallait améliorer l'asile, non le supprimer, et s'ouvrir sur la communauté.

La période qui suivit la Seconde Guerre mondiale fut particulièrement productive. Elle se caractérise par une humanisation des soins

et par la reconnaissance du fait qu'on doit aider le malade mental à protéger son estime de lui-même et qu'on doit aussi respecter ses capacités.

La fin de la guerre amena un développement important de ce côté sous le leadership de plusieurs psychiatres, en particulier du Dr T.P. Rees, directeur du Warlingham Park Hospital in Croyden, du Dr Duncan MacMillan du Mapperley Hospital à Nottingham et du Dr C.M. Bell du Dingleton Hospital à Melrose, en Écosse.

L'action de ces médecins était basée fondamentalement sur un respect beaucoup plus grand du patient, un effort pour maintenir chez le patient une certaine estime de lui-même et un sens de responsabilité personnelle pour son propre comportement et s'étendait jusqu'aux services communautaires locaux. Où il n'y avait pas de services locaux, le personnel des asiles lui-même créait des cliniques externes dans les hôpitaux généraux et parfois même des sections d'observations et de traitements psychiatriques dans l'hôpital général. Chaque fois que c'était possible, il voyait des patients devant potentiellement être hospitalisés, soit dans des cliniques externes ou encore à domicile à la demande du médecin généraliste avant l'admission à l'hôpital. Les membres seniors du personnel hospitalier passaient plus de la moitié de leur temps à l'extérieur de l'asile, dans des services communautaires, voyant des patients en consultation ou faisant un «follow-up» des patients déjà vus dans l'asile. Ils étaient toujours en position, quand ils voyaient un patient dans la communauté, de le référer à leur propre service à l'intérieur de l'asile. Quand ils donnaient congé à un patient, c'était pour le référer à leur propre service en externe, et dans ce cas, il était toujours entendu que si le patient récidivait ou que la famille croyait qu'il avait besoin d'aide, le même médecin le verrait soit à l'hôpital, soit en clinique externe.

Une telle façon de fonctionner était beaucoup plus respectueuse du potentiel du patient et beaucoup plus humaine qu'il n'était courant de faire à l'époque dans tous les autres pays développés.

Si elle s'est développée d'abord en Angleterre, c'est à la suite d'observations que les psychiatres firent durant la Deuxième Guerre mondiale sur le comportement des patients psychiatriques. Par exemple, on raconte que certains asiles avaient dû être vidés rapidement à cause d'exigences militaires, tant en Angleterre qu'en Hollande. À la surprise générale, ces actions n'avaient pas été suivies des difficultés attendues de la part des patients psychiatriques. On parlait aussi d'insuffisance de personnel durant la guerre, insuffisance qui eut comme conséquence de déléguer d'avantage d'autorité aux

patients qui fonctionnaient le mieux et, par là, de convaincre les psychiatres que la majorité des patients pouvaient faire beaucoup plus que la rigidité du système ne le permettait. On parlait aussi d'un bombardement qui avait détruit un des murs d'un asile et où les patients qui n'étaient pas blessés aidèrent ceux qui l'étaient comme n'importe qui d'autre aurait fait. Ces observations furent importantes pour changer la vision de ce que pouvaient faire, dans une diversité de situations, les malades mentaux hospitalisés.

Deux autres facteurs favorisèrent le développement de ces changements:

1) la petitesse des asiles britanniques et le fait que leurs secteurs étaient sur un territoire géographique très compact, couvrant une seule ou au plus deux subdivisions politiques;
2) le statut très élevé et demeurant très élevé de certains directeurs d'asile, à l'intérieur de l'hôpital comme à l'intérieur de la communauté.

Enfin, la structure administrative britannique favorisait de tels changements. Les asiles britanniques étaient financés de façon centralisée et contrôlés par des lois et des politiques générales. L'administration cependant était décentralisée au niveau régional. Et les conseils d'administration hospitaliers d'une région géraient tous les hôpitaux de la région, qu'ils soient généraux ou spécialisés. Les normes de pratique détaillées pouvaient varier. Ceci favorisait l'expérimentation et, en conséquence, le changement, contrairement à ce qui se passait aux État-Unis où la gérance des hôpitaux était faite par un département d'État. Ce type d'agence gouvernementale tend à standardiser l'administration, ce qui inhibe l'expérimentation et le changement.

L'ouverture de l'asile et un modèle médical aussi bien développé donneront un choc à des visiteurs américains du milieu des années 50 et les forceront à réviser leur pratique. Ils les évaluaient de la façon suivante:

Les années 1954-1959 furent décrites comme «the key years... the years of therapeutic flux» (Tooth et Brooke, 1961, pp. 322-323). C'était le temps de ce que Kathleen Jones a appelé les trois révolutions, c'est-à-dire la révolution législative, la révolution pharmacologique et la révolution administrative.

Et c'était aussi l'époque où l'Organisation mondiale de la santé produisit son rapport (1953) sur un nouveau modèle de services de santé mentale. Par opposition à ce qu'elle appelait le système «classique», celui dans lequel l'asile dominait le service en système fermé,

contrôlant tous les services dans la communauté environnante, elle préconisait un système «moderne». Dans ce modèle, une diversité de services — internes, externes, de jour, à domicile, d'hébergement, etc. — étaient des «outils» dans les mains de la communauté et l'hôpital n'était qu'un de ces outils à la disposition de l'équipe médico-sociale (Jones, 1972).

Ce concept d'un service de santé mentale communautaire était loin de la réalité anglaise de cette époque, mais faisait partie du schème de référence de la Commission qui était à préparer ses recommandations pour le Mental Health Act de 1959 qui deviendra un enjeu politique important pour les dix années subséquentes.

Entre temps, le modèle clinique se développait, devenant plus complexe et plus social. Presque toutes les idées, maintenant évidentes dans l'orientation du COMMUNITY CARE, furent élaborées à cette époque qu'on a alors appelée la révolution administrative:

— politique de porte ouverte;
— admission sans restrictions légales;
— communauté thérapeutique;
— hospitalisation de jour ou de soir;
— cliniques externes;
— hôpitaux de jour;
— «Hostels»;
— clubs sociaux thérapeutiques;
— unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux;
— travailleurs sociaux dans la communauté;
— réadaptation à travers l'exercice de rôles domestiques, sociaux et d'occupation;
— support familial.

Les nouvelles méthodes de réadaptation étaient souvent efficaces pour changer des attitudes institutionnelles et pour restaurer les habiletés sociales, de sorte que plusieurs patients hospitalisés depuis très longtemps purent quitter l'asile et vivre des vies utiles et satisfaisantes à l'extérieur de l'hôpital. En même temps, un traitement actif des patients à leur première admission conduisait à un congé rapide. Le résultat fut une diminution du nombre de personnes dans les asiles, déclin qui a commencé au milieu des années 50 et qui a continué depuis. On péchait à cette époque par excès d'optimisme sur l'efficacité des méthodes de traitement et de réadaptation.

Pour les professionnels, l'élimination de l'asile n'était pas un objectif en soi. La diminution du nombre de patients dans les asiles était

considérée comme une conséquence bénéfique du développement d'un modèle de traitement et de réadaptation cohérent dont l'objectif était de rendre les patients capables de fonctionner à un niveau optimal d'indépendance dans le contexte d'un environnement social aussi normal que possible.

À partir de ce moment, les connaissances des sciences sociales commencèrent à infiltrer une sphère qui avait été exclusivement médicale depuis plus d'un siècle.

Les années 60: la désinstitutionnalisation

Au début des années 60, il était devenu évident que le nombre de lits dans les asiles diminuait sans que l'on sache exactement pourquoi. Une étude de Tooth et Brooke (1961) mit ce fait en évidence en soulignant, qu'entre 1954 et 1959, le nombre de patients dans les hôpitaux à vocation psychiatrique avait diminué de 8 000. Extrapolant à partir de ces données, ces investigateurs prédirent l'élimination éventuelle, à long terme, de la population asilaire. Ils attribuaient ce déclin à trois facteurs:

- la croissance des cliniques externes;
- l'utilisation de traitements plus efficaces dans les hôpitaux;
- une réadaptation plus active des patients de longue durée.

L'optimisme de cette prévision a influencé deux rapports gouvernementaux: *Hospital Plan for England and Wales* (1962) et *Health and Welfare: Development of Community Care* (1963). La publication de ces documents signifiait l'adoption formelle d'une politique de désinstitutionnalisation. Le Gouvernement commençait à prévoir l'élimination éventuelle et complète de l'asile.

Tendance de la pratique, direction donnée par les planificateurs et opinions du monde psychiatrique, tout concordait. Bennett (1983) identifie deux facteurs ayant contribué à ce fait, soit un optimisme exagéré en psychiatrie et des critiques intenses de l'asile.

Du côté psychiatrique, l'introduction des neuroleptiques et leur usage répandu à la fin des années 50, de même que les innovations en psychiatrie sociale avaient généré un optimisme marqué dans la psychiatrie britannique. On prenait pour acquis que si on portait suffisamment d'attention aux stades aigus de la maladie, les incapacités chroniques seraient prévenues (Wing, 1978).

En même temps, la «literature of protest» (Jones, 1972) était une condamnation de l'asile. La polémique soulevée par Goffman, en 1962, était renforcée par des narrations des mauvais traitements institutionnels et des spéculations sur les effets de l'institution sur l'indi-

vidu. Des investigations empiriques (Wing et Brown, 1970) ont commencé à élucider les mécanismes sociaux qui contribuaient aux effets cliniques négatifs.

Ces idées ont eu beaucoup d'influence et renforcé le concept de désinstitutionnalisation plutôt que celui du COMMUNITY CARE. Se débarrasser des asiles devint une fin en soi. L'affirmation voulant que l'incapacité psychiatrique chronique était en grande partie attribuable au régime institutionnel de l'époque assumait l'idée que la maladie mentale chronique serait abolie avec l'asile. On mettait donc l'accent sur le développement de services psychiatriques aigus et d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux.

Les ressources communautaires établies étaient souvent perçues comme transitoires, comme une étape entre une hospitalisation complète et une réintégration complète dans la communauté. Par exemple, les centres de jour furent créés avec l'objectif de préparer les patients au plein emploi (Richards, 1971).

La possibilité que certains patients puissent nécessiter des supports à vie dans un environnement protégé était ignorée ou niée dans le climat d'optimisme qui prévalait. Hawks (1975) écrivait:

> «*To return a patient to the bosom of the community has a certain moral imperativeness which recommends its uncritical acceptance, as does the rejection of all forms of institutional care.*»

Les faits cependant forcèrent la remise en question de l'excès d'optimisme de la part des psychiatres et des responsables de politiques.

Plusieurs des patients hospitalisés à long terme avaient des déficiences profondes qui ne répondaient pas complètement à la médication et aux approches sociales. Même parmi les patients admis les plus récemment et jamais institutionnalisés, plusieurs demeuraient avec des incapacités de longue durée et en besoin d'aide après la fin de la phase aiguë de la maladie.

Ainsi, on remettait en question les prémisses du COMMUNITY CARE:

— Pour ces patients, jusqu'à quel point les services de support intermédiaire seraient capables de fournir un équivalent fonctionnel efficace des asiles, eux qui offraient abri et support, traitement, garde et contrôle? Les nouveaux services proposaient abri et support, mais traitement, garde et contrôle étaient moins évidents. Plusieurs HOSTELS, par exemple, avaient des politiques de sélection qui excluaient les patients ayant des problèmes de comportement. Et une des raisons pour cela peut être que le traitement

et l'expertise clinique demeuraient propres à l'asile alors que les ressources de la communauté n'avaient, quant à elles, que des moyens thérapeutiques limités;

— Problème du fardeau sur la famille, de «l'itinérance» et du déplacement de l'asile vers les prisons.

Pouvait-on fournir un service psychiatrique complet et intégré qui ne s'appuie pas à un moment ou un autre sur le «back-up» de l'asile?

— Les ressources communautaires établies comme solutions de rechange à l'hospitalisation n'échappaient pas elles-mêmes aux critiques qui furent résumées par Wing (1978) en disant que même si les désavantages de l'asile étaient bien connus, on se rendait moins compte que le même type de critique pouvait être appliqué dans certains cas à un environnement protégé sur deux.

De 1975 à maintenant: la démoralisation

Le Livre blanc *Better Services for the Mentally Ill* propose un système complet et intégré au niveau du district. On y souligne cependant qu'il s'agit là d'un idéal à atteindre et que les contraintes économiques actuelles empêchent sa matérialisation à court terme.

De plus, dans les asiles menacées d'élimination, il est difficile de maintenir le moral et les ressources nécessaires pour un programme de réadaptation consistant et réussi. Ceci est vrai même des meilleurs hôpitaux.

Quant aux ressources intermédiaires de jour ou d'hébergement et aux services à domicile d'un calibre qui peut assurer à la fois une bonne qualité de vie pour des personnes ayant des incapacités chroniques et du répit à la famille, elles sont très lentes à se développer. Il n'y a pas suffisamment de personnel dans les ressources existantes et peu de moyens de formation; il y a absence de coordination et de collaboration des ressources qui ne se développent pas toujours selon le besoin ou l'urgence; les philosophies de réadaptation diffèrent ou sont inexistantes et il arrive encore qu'on nie les besoins à long terme des patients et de leurs familles.

1.2 Influences théoriques

Deux grands courants de pensée, pas nécessairement compatibles, vont dominer la pratique après la Seconde Guerre mondiale: les communautés thérapeutiques et l'élaboration d'une théorie de la réadaptation.

Les communautés thérapeutiques

Elles furent initiées après la guerre, particulièrement par Maxwell Jones à l'hôpital Belmont, pour des patients psychopathes référés par la Cour. Comme ces patients ne répondaient pas à la psychothérapie, il fallait trouver autre chose. Ces communautés thérapeutiques, fonctionnant de façon très démocratique, les amenaient à s'identifier à elles, identification qui pouvait alors être transférée vers une société plus large dans un rôle plus conventionnel. L'objectif était d'engager les patients dans une nouvelle expérience de socialisation. Jones en parlait comme si elle pouvait se généraliser à tous les types de malades mentaux, ce qui ne s'est pas nécessairement vérifié dans la pratique.

Toutes sortes de difficultés administratives ont amené une diminution de l'intérêt porté aux communautés thérapeutiques depuis 1960. Cependant, elles continuent d'exister et, en 1972, une association des communautés thérapeutiques est créée.

D'autres types de communautés thérapeutiques fonctionnant plus sur une base d'entraide se sont développés en rapport avec l'utilisation de la drogue chez les jeunes.

Élaboration d'une théorie et d'une pratique de la réadaptation

Cette élaboration doit beaucoup au leadership du Dr Bennett, psychiatre au Bethleem Royal et au Maudsley hospitals de Londres (Watts et Bennett, 1983), et au Dr Wing (Wing et Morris, 1981), directeur de l'unité de recherche en psychiatrie sociale du Medical Research Council.

Leur philosophie a été influencée par les principes de la psychiatrie sociale (Bennett, 1978; Wing et Olsen, 1979), les modèles sociaux de services d'hébergement (King, Raynes et Tizard, 1971) et les méthodes behaviorales d'évaluation fonctionnelle et de gestion du comportement (Liberman et al., 1974; Anthony, 1977).

Leur approche est de maintenir le réseau social du patient autant que possible et de définir l'hospitalisation comme une expérience aiguë, de courte durée et intense, visant à répondre à une décompensation du fonctionnement personnel et social. L'objectif du traitement hospitalier est de faire cesser rapidement cette décompensation et de continuer par la suite le traitement sur une base externe.

Le maintien de patients psychiatriques dans la communauté amène un changement dans la conception de la réadaptation et la création de ressources communautaires.

Cependant, développer de nouvelles ressources et de nouveaux services n'est pas tout ce qui est requis. On doit aussi faire l'évaluation des besoins des patients et développer un système pour coordonner les services à l'intérieur d'un district. Une équipe de traitement doit être responsable de maintenir le contact avec les individus ayant une incapacité chronique, peu importe le nombre de services requis.

La maladie mentale ne disparaît pas avec la fermeture des asiles. Des incapacités de nature psychiatrique persistent. Les patients psychiatriques continuent d'avoir besoin d'aide, mais ils la reçoivent d'une façon nouvelle.

Ce qu'on cherche à faire, c'est de minimiser la ségrégation, assurer une continuité de services à travers plusieurs organismes de support et intégrer le support que le patient peut recevoir de sa famille immédiate et de son réseau social en plus des services professionnels.

Rôle de l'environnement

On reconnaît le rôle de l'environnement, soit pour améliorer, soit pour contribuer à la détérioration et aux problèmes d'ajustement personnel et social. Dans l'évaluation, on tient donc compte de la façon dont un environnement spécifique va interagir avec les tendances et capacités potentielles de l'individu, c'est-à-dire:

- s'il permet l'expression des aptitudes et capacités de la personne concernée;
- s'il évite une exacerbation stressante des dysfonctions potentielles en fournissant le type de protection requis;
- s'il fournit le niveau de support dont la personne a besoin pour fonctionner à un niveau optimal.

Une telle conception implique aussi, qu'au niveau de l'individu, on s'intéresse:

- au potentiel et aux tendances plutôt qu'à des comportements fixes;
- à ce qu'un individu peut atteindre dans des circonstances optimales;
- aux dysfonctionnements qu'il est susceptible de manifester dans des circonstances adverses.

Le malade mental: une personne handicapée

On parle «d'incapacité sociale» comme l'état d'un individu qui est incapable de fonctionner socialement au niveau des standard attendus de lui par des personnes qui lui sont chères ou par la société

en général. On reconnaît qu'il y a des composantes et médicales et sociales à l'incapacité, souvent intimement liées. Le modèle médical seul ou le modèle social seul n'arrive pas à décrire adéquatement les incapacités psychiatriques auxquelles on reconnaît trois sortes de causes (Wing et Morris, 1981):

1) une dysfonction psychiatrique (symptôme);
2) un désavantage social (cumulatif avec les années);
3) les réactions personnelles aux deux facteurs précédents.

Conception de la réadaptation

Wing et Morris définissent la réadaptation comme le processus d'identification, de prévention ou de la capacité de minimiser les causes des incapacités psychiatriques avec, en même temps, un processus d'aide à l'individu pour développer et utiliser ses talents et, en conséquence, acquérir confiance et estime de soi en expérimentant des succès dans l'exercice de ses rôles sociaux.

L'expérience du succès est l'élément clé et a des implications concrètes importantes. En particulier, il devient essentiel de ne pas utiliser des critères d'efficacité de la réadaptation qui soient trop rigides, en termes par exemple de congé de l'hôpital, de progression d'un HOSTEL à un foyer de groupe, en termes d'emploi régulier à plein temps ou en termes «d'autonomie». Si le niveau le plus élevé qu'il est réaliste d'atteindre est une intégration permanente dans un hébergement protégé, alors atteindre et maintenir ce niveau doit être comptabilisé comme un succès et non un échec.

Bennett (1983) renchérit sur cette idée en distinguant le concept de «réadaptation» de celui de «réinsertion sociale». Pour lui, le processus de réadaptation implique une amélioration des niveaux d'adaptation sociale et peut s'exercer tant à l'intérieur de l'asile que dans la communauté. En d'autres mots, améliorer l'adaptation sociale, la performance et l'autonomie de quelqu'un qui va demeurer dans l'asile, dans un hébergement protégé à long terme, dans des centres de jour à long terme, etc., demeure un objectif variable. L'habileté de réadaptation consiste à démontrer comment avancer à petits pas, à l'intérieur de la compétence de l'individu et de façon gratifiante. Elle consiste aussi à reconnaître que la prévention d'une rechute ou d'une détérioration constitue une forme de succès si l'individu ne semble pas faire de progrès positifs.

En conséquence, une réinsertion sociale dans un hébergement dans la communauté ou dans un emploi sans réadaptation peut être inadéquate de la même façon qu'un processus de réadaptation peut

être réussi même s'il n'aboutit pas à une réinsertion dans la communauté.

Bennett franchit le pas qu'il y a entre affirmer que «l'établissement de cliniques externes et d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux amènera la fermeture des asiles» et l'affirmation voulant que «le remplacement des asiles requiert non seulement le développement de cliniques externes et d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux, mais en plus, la création dans chaque district de services de réadaptation ainsi que d'un réseau de services sociaux et autres mesures d'aide».

2. Le cadre législatif

En Grande-Bretagne, une loi importante est généralement précédée par une Commission royale dont la fonction est de faire le tri parmi les idées existantes sur le sujet et de faire des recommandations en accord avec les avis les mieux informés et les plus progressistes de l'époque. Ce fut le cas pour le Mental Treatment Act de 1930 et le Mental Health Act de 1959, qui ont vraiment sanctionné les modèles de pratique les plus innovateurs et projeté les services psychiatriques sur la voie du développement et de la créativité.

Les trois thèmes qui reviennent le plus fréquemment dans les législations successives sont les suivants:

1) l'intégration de la psychiatrie aux services de médecine physique;
2) l'ouverture vers la communauté et vers un modèle plus social de services;
3) la question des admissions involontaires et des droits civils en rapport avec ces admissions.

Nous regarderons donc le cadre législatif en rapport avec ces principaux thèmes.

2.1 L'intégration de la psychiatrie à la médecine physique

Le contexte du Mental Treatment Act de 1930

D'une perspective à long terme, la partie la plus valable des travaux de la Commission précédant cette législation concerne ses affirmations sur la nature de la maladie mentale.

La maladie mentale était définie comme «l'incapacité du patient à maintenir son équilibre social» et elle était considérée comme «essentiellement un problème de santé publique qui devait être traité selon la pensée moderne sur la santé publique». Le service devrait être communautaire, basé sur le traitement des patients à domicile lorsque possible, et avec un élément préventif très fort.

Parce qu'elle est devenue classique et qu'elle a eu un impact majeur dans le développement des attitudes du public envers la maladie mentale, il vaut la peine de reproduire en entier l'affirmation de la Commission:

> *«It has become increasingly evident that there is no clear line of demarcation between mental and physical illness. The distinction as commonly drawn is based on a difference of symptoms. In ordinary parlance, a disease is described as mental if its symptoms manifest themselves predominantly in derangements of conduct, and as physical if its symptoms manifest themselves predominantly in derangement of bodily function. A mental illness may have physical concomitants; probably it always has, though they may be difficult of detection. A physical illness, on the other hand, may have, and probably always has, mental concomitants. And there are many cases in which it is a question whether the physical or the mental symptoms predominate.»* (Jones, 1972)

Pour les psychiatres familiers avec les travaux de Freud, une telle affirmation ne représentait rien de neuf mais pour les médecins généralistes, ce fut une révélation qui signifiait que la maladie mentale pouvait maintenant être traitée. L'impact majeur à long terme de cette façon de voir s'est fait sentir à un niveau structurel lors de la création du National Health Service en 1948, où on affirmait que «la maladie mentale est une maladie comme les autres», donc ne requérant pas une structure de services distincte de la structure des services de santé physique.

La législation de 1930 permettra, pour la première fois, au système public les admissions volontaires, ce qui commencera à diminuer l'écart entre services pour maladie physique et services pour maladie mentale. Ce développement découle de ceux survenus dans le secteur privé à partir de 1920.

À cette époque, des dons privés permettent la création de l'hôpital Maudsley et de la clinique Tavistock qui étaient les seuls à pouvoir traiter des patients volontaires. Influencés par l'école psychanalytique, ils firent la démonstration qu'un traitement humain en externe peut être efficace. D'autre part, le malaise au sujet de la détention des personnes saines et de la cruauté dans les institutions persistait dans l'opinion publique et fut d'ailleurs à l'origine de la création de la Commission royale. Cette dernière influencera la Loi qui, pour la première fois, permettra au système public les admissions volontaires dans la majorité des cas, réservant l'intervenant à certains cas extrêmes.

National Health Service Act (1948)

L'après-guerre vit une diminution des activités des services privés alors qu'en médecine et en psychiatrie, l'optimisme régnait. Les provisions de la Loi de 1948, qui prônait des services globaux et intégrés, eurent des implications majeures pour les services psychiatriques:

1) Cette loi regroupait sous l'administration du gouvernement central:
   - les hôpitaux psychiatriques;
   - les unités d'observation;
   - les unités de névroses dans les hôpitaux universitaires;
   - les cliniques externes des hôpitaux généraux;
   - les hôpitaux spécialisés tel le Maudsley.
2) Elle introduisait dans la médecine hospitalière «the single paid career grade of consultant», ce qui a aidé «to attract into the specialty in the post-war years a cadre of able psychiatrists who would probably not have made psychiatry their career if the likely option open to them had been that of an assistant in a local authority mental hospital».
3) Quoique limitées, les ressources financières disponibles pour la psychiatrie ont été augmentées, ce qui a amené le développement du service social psychiatrique, de la thérapie «occupationnelle», des traitements psychologiques et de réadaptation.
4) La psychiatrie était maintenue dans le courant de la médecine, «la maladie mentale étant une maladie comme les autres».
5) La base administrative pour un déplacement de l'hôpital psychiatrique vers les soins dans la communauté était créée.

C'est cette base qui a permis les changements dans les modalités de soins psychiatriques survenus dans les années 50 et 60 et qui, faute d'un meilleur terme, ont été regroupés ensemble sous l'appellation de COMMUNITY CARE. Ces changements ont été suffisamment importants pour établir «an historic niche for British psychiatry».

Mental Health Act (1959)

Cette loi consolidait l'intégration de la psychiatrie à la médecine générale. Elle effaçait les vestiges de la différence légale et administrative entre les dispositions de l'État concernant les malades mentaux et les malades physiques, en abolissant toutes contraintes restantes sur l'admission et le traitement des patients volontaires. Pour la grande majorité des patients, l'admission pour un traitement psychiatrique n'amène aucune autre formalité que celle exigée pour

tout autre forme de traitement hospitalier, ce qui renforce le rôle de l'hôpital comme endroit de traitement plutôt qu'uniquement lieu de détention.

Reorganization Act (1973)

La Loi de 1948 créait trois services gérés et financés séparément:

1) les services de médecine générale, comprenant les soins dentaires;
2) les services hospitaliers et les services des médecins spécialistes;
3) les administrations locales de santé.

Avec le temps, il devint de plus en plus difficile de coordonner ces trois services et le Reorganization Act amena la restructuration du Service de santé national en une structure unique qui superviserait l'ensemble des services de santé offerts à l'échelle nationale. Le principe majeur de la réorganisation visait à rompre le cloisonnement qui existait entre le secteur hospitalier, la médecine générale et les spécialistes en instituant de nouvelles administrations à compétence territoriale au pouvoir renforcé. Les services d'action sanitaire et sociale furent ainsi confiés à de véritables fonctionnaires de la santé. L'accent est mis plus sur l'efficacité de la gestion que sur la participation de la communauté, si marquée à la fin des années 60. L'impact majeur est de déplacer l'organisation professionnelle de l'hôpital vers la communauté. Cette structure est rigide et modelée d'après les besoins de la médecine générale plutôt que ceux de la psychiatrie.

2.2 L'ouverture vers la communauté et vers un modèle plus social de services

Mental Treatment Act (1930)

La Commission fut très impressionnée par le travail de la Mental After Care Association. Cette organisation privée, la première du type de celles qui existent aujourd'hui, fut formée en 1897 à partir de la préoccupation d'un aumônier d'un asile du Middlesex d'assurer une continuité de services aux patients à leur sortie de l'asile, leur offrant support personnel, maisons de transition et hébergement privé. Fonctionnant au début sur une très petite échelle, cette association prit de l'expansion en 1919 alors qu'elle fut reconnue comme agent pour le London County Council Asylums and Mental Deficiency Department.

La Commission déplora que leur action se restreignait aux environs de Londres et recommanda, qu'en principe, des fonds publics soient disponibles pour ce type de travail. Cependant, elle insista pour

que cette fonction demeure entre les mains des services sociaux privés et ne deviennent pas «an integral part of the official machinery». Au système officiel, on recommanda l'implantation de cliniques externes et de lits d'observations dans les hôpitaux généraux et l'allocation de fonds publics aux organismes privés pour le développement de ressources communautaires. Au niveau de l'administration des asiles, on recommanda que les asiles de l'avenir ne dépassent pas 1 000 lits, que des activités de loisir et de travail soient mises en place pour les patients et qu'une personne dans chaque hôpital ait la responsabilité d'assumer ce travail de réadaptation sociale. Des visiteurs bénévoles informels devraient être encouragés à se lier d'amitié avec les patients. De plus, un lien plus étroit devrait être établi entre les asiles et les médecins généralistes.

National Health Service Act (1948)

Cette loi établit la base administrative pour un déplacement de l'asile vers la communauté.

Mental Health Act (1959)

En plus de détailler les procédures d'admission des malades mentaux, cette loi traite des services relevant des administrations locales ainsi que des conditions d'obtention d'un permis pour maisons de convalescence, centres d'hébergement ou tout autre établissement pour les malades mentaux, c'est-à-dire une extension des pouvoirs et des responsabilités des autorités locales.

Dans un mémoire paru peu de temps après l'adoption de la Loi, on peut lire l'extrait suivant: *«Le Ministère espère voir augmenter substantiellement le nombre des installations de soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux – et ce, tant dans les hôpitaux déjà existants que dans les nouveaux ou dans les hôpitaux rénovés – de façon à améliorer la prestation des services de psychiatrie et d'en arriver à établir des liens aussi étroits que possible entre les services de psychiatrie et les autres services hospitaliers»*; et plus loin: *«Bien sûr, si l'on veut que, dans ces nouvelles conditions, les hôpitaux psychiatriques soient utilisés le plus avantageusement possible, il faudra prévoir les installations parallèles nécessaires»*.

L'orientation qui se dégage de ces passages s'est affirmée davantage en 1961, avec la publication du «Hospital Plan for England and Wales»; on y prévoyait *«une diminution considérable, d'ici 1975, du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques ainsi qu'une augmentation substantielle du nombre de lits dans les services psychiatriques*

des hôpitaux généraux, phénomènes associés à un plus grand recours aux hôpitaux de jour et aux services communautaires».

En fait, en 1961, on prédisait qu'en 1975 il suffirait de 1,8 lit par 1 000 habitants (au lieu de 3,4 lits par 1 000 habitants alors requis) pour répondre aux besoins immédiats en matière d'hospitalisation. Par contre, il est intéressant de noter que le plan mis au point en 1962 par le ministère de la Santé de l'Écosse était beaucoup plus «prudent» et ne se risquait pas, ainsi, à proposer un rapport précis.

Avec cette loi, l'Angleterre se dotait d'un «blue-print» pour le développement d'un système complet et intégré de services selon les principes développés par l'Organisation mondiale de la santé en 1953.

2.3 Admissions involontaires et droits civils

La question des admissions est la seule partie du Mental Health Act de 1959 qui a été amendée (Mental Health Amendment Act de 1982) après huit ans de débats intensifs entre toutes les parties concernées. Il est intéressant de noter ici que toutes les autres lois ont été précédées d'une Commission royale alors que ces derniers amendements ont été amenés par l'action de MIND, l'Association nationale pour la santé mentale, au moyen de la publication de deux livres, d'un avocat américain influent, faisant des propositions pour la réforme de la Loi (Gostin, 1975-1977).

Cette question des droits civils des patients internés est un thème qui est revenu constamment dans les débats publics en Grande-Bretagne depuis le début du XIX^{e} siècle et qui soulève beaucoup de passions.

En 1845, toutes les admissions en asile étaient involontaires et devaient être certifiées par un juge. En 1890, l'opinion publique était préoccupée par la possibilité de détentions erronées, ce qui amena un système élaboré d'ordonnances judiciaires et de certificats médicaux avec, comme conséquence, une stigmatisation intensifiée et une impossibilité de traitement précoce.

Le Mental Treatment Act de 1930 entraîna l'ouverture de l'asile à la suite d'un constat de cruauté dans les hôpitaux. La maladie mentale fut alors perçue comme tout autre maladie requérant traitement plutôt qu'internement. On identifia trois catégories de patients, soit les patients volontaires, les patients temporaires (6 mois à un an sur recommandation d'un parent et de deux médecins) et les patients certifiés.

La Loi de 1959 et les amendements de 1982 ont continué ce mouvement d'ouverture et cette libéralisation des procédures d'admis-

sion. En 1959, on a aboli les contraintes qui demeuraient encore sur l'admission et le traitement des patients volontaires. Les procédures d'admissions involontaires ont été redéfinies en 1982 selon la pratique de l'époque. Les principaux points de cette nouvelle définition touchent:

1) les mesures qui seront bénéfiques aux patients détenus:
   — beaucoup plus de possibilités de faire appel au Mental Health Review Tribunal dans les 14 jours qui suivent l'internement;
   — création de la Mental Health Act Commission;
   — augmentation des garanties pour les patients envoyés à l'hôpital par la Cour;
2) les mesures qui vont affecter patients et infirmiers:
   — consentement au traitement;
   — nouveau pouvoir de détention donné aux infirmiers;
   — protection légale du personnel.

Mental Health Act Commission

Cette commission a un mandat de protection de l'ensemble des patients détenus. Elle doit visiter tous les hôpitaux psychiatriques une ou deux fois par année et chaque hôpital spécialisé, une fois par mois. Elle élaborera aussi sur la façon de donner les traitements obligatoires aux patients en détention. Multidisciplinaire dans sa composition, elle est une victoire importante du Collège des psychiatres qui la recommande tout en étant acceptable au lobby réclamant la multidisciplinarité.

Cette commission limite ses activités à la surveillance des soins et des traitements offerts aux patients détenus alors que le Hospital Advisory Service assume la même fonction pour les autres patients.

Consentement au traitement

Trois types de traitement sont établis:

1) les traitements particuliers (of special concern) qui peuvent être donnés seulement avec le consentement du patient et l'acquiescement d'un médecin indépendant qui a, lui, l'obligation de consulter un infirmier membre de l'équipe multidisciplinaire avant d'émettre son avis final;
2) les traitements donnés sans le consentement du patient mais avec l'acquiescement d'un médecin indépendant aux mêmes conditions que précédemment;

3) les autres traitements qui peuvent être donnés sans le consentement du patient, à la discrétion du médecin traitant.

La question est, bien sûr, de savoir quels traitements vont tomber dans quelle catégorie de contrôle, comment les infirmiers vont s'affirmer dans ce rôle et quelle quantité de procédures bureaucratiques cela va entraîner. En principe, cela répond cependant aux attentes de MIND qui argumente que la question du traitement requiert non seulement une expertise médicale mais aussi un jugement social qui peut être fourni par des non-médecins.

Procédures d'admissions involontaires

Un patient peut être admis pour un mois sur la recommandation de deux médecins et celle, soit du parent le plus proche, soit du travailleur social (Mental Welfare Officer) des autorités locales. Cette période peut être suivie d'une détention d'au plus six mois.

Pouvoir de détention donné aux infirmiers

Les procédures d'admissions d'urgence sont resserrées et les infirmiers ont le pouvoir de détenir un patient volontaire jusqu'à un maximum de six heures. Ceci semble une façon de reconnaître légalement un état de fait et de donner du support à ceux qui veulent s'opposer à l'inertie de certaines administrations hospitalières.

Tutelle

Les pouvoirs de la tutelle sont réduits, donnant simplement au tuteur (généralement le travailleur social des autorités locales) les trois pouvoirs essentiels de déterminer:

— où le patient habitera;
— qu'il doit recevoir un traitement;
— qu'il peut être visité à domicile.

Les critiques soulèvent un certain nombre de questions sur le fait:

— que les personnes ayant une déficience intellectuelle sont soumises à cette loi;
— que l'augmentation des ressources requises pour mettre la Loi en application pourrait ne pas être réalisable et, en conséquence, la rendre inopérante;
— que la multidisciplinarité pose des problèmes complexes;
— qu'une clause de la Loi de 1959 demeure alors qu'elle aurait dû être changée. Il s'agit de celle qui affirme que chaque «mentally abnormal offender» admis à l'hôpital et considéré par la Cour

comme un danger pour le public peut être détenu de façon indéfinie et remis en liberté uniquement «at the unchallenged discretion of the Home Secretary». Or, on devrait pouvoir en appeler, en cour, de cette décision.

3. Le contexte administratif

En Grande-Bretagne, santé et social sont deux systèmes séparés ayant chacun leur logique interne, leurs modes de gestion et de financement, leurs modes de collaboration avec l'extérieur et leurs façons parallèles de résoudre leurs préoccupations de rationnalisation administrative, sans que les deux systèmes soient vraiment coordonnés pour répondre aux besoins des patients psychiatriques — même si, en théorie, ils ont des responsabilités complémentaires envers cette clientèle.

Du côté santé, il existe une gestion au niveau du district (250 à 300 000 de population). L'équipe de gestion du district gère hôpitaux et services communautaires, c'est-à-dire autant les services de santé physique que les services psychiatriques. Cette gestion décentralisée s'insère dans une structure centralisée à quatre paliers, dont l'administration régionale de santé qui est responsable de la planification et de l'élaboration des politiques régionales et de l'affectation des ressources. Le Ministère, lui, planifie à l'échelle nationale, octroie les fonds, délègue les pouvoirs et supervise les administrations régionales de santé.

Du côté social, le contexte administratif est tout à fait différent. L'unité fonctionnelle de gestion n'est pas le district mais une unité plus grande qui correspond à peu près aux zones de santé (Area Health Authority), c'est-à-dire le territoire des administrations régionales de santé — les Local Authority Social Services Departments. À l'intérieur de cette zone géographique, tous les services sociaux dépendent des départements de services sociaux incluant les services sociaux hospitaliers.

Cependant, contrairement au système de santé où fonds et directives proviennent du Ministère, c'est-à-dire une gestion décentralisée dans un système centralisé, pour les services sociaux les fonds proviennent des autorités locales et le rôle du gouvernement central demeure ambigu. Il intervient de façon importante au niveau de l'inspection des services de probation, dans la nomination des directeurs de départements de services sociaux et au niveau des approbations requises pour des dépenses de capital, mais très peu en termes de détermination de priorités de services ou au niveau de l'unification des politiques pour les autorités locales.

Entre les deux systèmes, santé et social, il existe des mécanismes de coordination qui sont très récents et de fonctionnement complexe.

4. L'évolution parallèle du mouvement privé[1]

La Grande-Bretagne a une longue tradition d'activités bénévoles et d'organisations privées. Dans le domaine de la santé mentale, le niveau d'implication du secteur bénévole et privé s'est modifié considérablement avec le temps, suivant ainsi les changements dans les attitudes du public et l'évolution de la politique gouvernementale de la santé et du social. À part les asiles, résidus de l'époque victorienne, la plupart des services actuels de santé mentale ont été créés par des organisations privées, presque toujours avec l'intention qu'ils deviennent éventuellement publics (Morgan, 1982).

Le développement du secteur privé a pris un recul lors du développement du système de santé national en 1948, l'idée étant que les gens dans le besoin avaient droit à un service et qu'il était dégradant de dépendre de la charité publique. On s'orientait alors vers des interventions professionnelles et publiques.

Quelques personnes cependant, tel Lord Beveridge, continuaient de croire à l'action privée:

> *«Vigour and abundance of voluntary action... individually and in association with other citizens, for bettering one's own life and that of one's fellow, are the distinguishing marks of a free society.»*

À cette époque, l'Association nationale pour la santé mentale travaillait étroitement avec les professionnels qui lui devaient beaucoup en termes de formation et de statut.

Le message du temps alléguait que la maladie mentale était une maladie comme les autres et qu'on pouvait la guérir.

Cependant, les faiblesses du système public devinrent de plus en plus apparentes et les organismes privés se multiplièrent:

— la première branche des Samaritans apparut en 1983 pour aider ceux à risque de se suicider;
— les alcooliques anonymes en 1957;
— la Psychiatric Rehabilitation Association en 1959, qui a développé des réseaux de support, fournit de l'hébergement et du travail de jour de même que la formation dans des ateliers protégés;
— The National Council for Civil Liberties;

1. Source d'information: Edith Morgan – MIND, 1982.

— la Richmond Fellowship qui se situe dans la tradition des communautés thérapeutiques;
— la National Association of Leagues of Hospital Friends fondée en 1949 et qui, à la fin des années 50, avait des groupes dans 99 hôpitaux;
— des hôpitaux eux-mêmes naissent en 1963, le premier Voluntary Services Organiser qui reçut une reconnaissance immédiate des professionnels. En 1980, il y avait près d'une centaine de ces services dans les hôpitaux psychiatriques.

À la fin des années 60, la confiance dont jouissait l'expertise médicale commença à s'éroder. On recommence la succession d'enquêtes sur les scandales dans les asiles, accompagnées de campagnes de presse féroces.

À partir de 1964, l'Association nationale de la santé mentale s'engage dans un rôle critique, avec hésitations d'abord puis avec de plus en plus d'assurance.

De plus, convaincue de la valeur de l'engagement communautaire et du besoin de support des familles de patients, l'Association décide de renforcer sa publicité et son travail au niveau local. En 1971 il y avait 79 associations locales. Non seulement le nombre augmentait mais l'envergure et la qualité de leur travail aussi.

En 1970, se forme la National Schizophrenia Fellowship après la publication dans *The Time* d'un article d'un parent de patient schizophrène. Sa force et son influence n'ont cessé de croître depuis.

C'est à cette époque qu'il y eut une révision de la pensée sur le rôle des bénévoles et des organisations privées en Grande-Bretagne. L'impulsion est venu à la fois de la prise de conscience de l'augmentation des coûts du système public et des conséquences inimaginables de la maladie mentale, conséquences jusque-là confondues avec les conséquences de la pauvreté, de changements et de l'expansion à l'intérieur du mouvement privé lui-même:

— expansion dans la magnitude (size et scope) des provisions privées pour les gens qui échappaient au système public;
— expansion dans le sens de l'augmentation de l'efficacité et de la compétence;
— expansion dans le sens de la demande agressive et efficace des gens affectés de différentes sortes de maladies et de problèmes sociaux pour être entendus;
— extension du rôle du secteur privé comme «conscience de la société».

Définition

Le secteur privé a été défini de différentes façons.

— *Une définition par les médecins*

En 1972, un comité tripartite, représentant la Bristish Medical Association, le Royal College of Psychiatrists et la Society of Medical Officers of Health, définissait quatre fonctions du secteur privé:

1) chercher constamment à améliorer les services de l'État en essayant de nouvelles idées, en expérimentant de nouvelles sortes de services pouvant éventuellement conduire à de nouveaux services de l'État;
2) assumer le rôle «d'opposition loyale» aux services établis, critiquant leurs propositions et offrant des suggestions pour l'amélioration dans la planification et la distribution des services. Les auteurs de ce rapport reconnaissent explicitement que ceci peut quelquefois conduire à une opposition de départ aux plans officiels (downright opposition) et à des actions militantistes au sujet de ce que les organismes privés croient erroné même lorsque ceci ne plaît pas aux autorités en place;
3) jouer un rôle d'éducation en informant l'opinion publique sur les enjeux de la maladie mentale;
4) représenter les consommateurs de services de santé mentale et encourager les groupes de patients et d'ex-patients et les familles de personnes handicapées à se regrouper dans des activités d'entraide pour améliorer leurs conditions de vie.

— *Une définition par les travailleurs sociaux*

Le Rapport Barclay, publié en 1982, définit quatre grands secteurs qui sont les suivants:

1) le bénévole comme individu (volunteer);
2) les organisations privées formelles avec personnel professionnel payé (voluntary organisations);
3) les groupes d'entraide (self-help groups);
4) les réseaux de soutien naturels et de quartier (informal carer).

Cette description, pour utile qu'elle soit, porte aussi à confusion. À l'intérieur de chacun de ces groupes, il y a énormément de diversité et de mélange (untidiness), ce qui doit être vu plutôt comme une force qu'une faiblesse.

Ampleur du phénomène

Nous ne donnerons ici que quelques indices sur le système privé et le bénévolat, de manière générale:

— 120 agences familiales œuvrant auprès de 1 200 familles incluant 3 000 enfants dans 26 secteurs géographiques différents;

— Age Concern, une association pour personnes âgées qui a 239 points de services, 115 000 bénévoles travaillant à l'intérieur de 1 000 groupes qui aident environ 1 million de personnes âgées;

— en 1975-1976, le revenu de 65 organisations nationales privées atteignait 10 pour cent de l'ensemble du budget des services sociaux;

— dans un livre récent sur le secteur privé on parle de 8 organisations pour 10 000 personnes à Bermingham et 15 pour 10 000, à Glasgow.

Ceci inclut cependant les agences de services sociaux professionnels privées;

— The Wolfenden Committee sur The Future of Voluntary Organisation (1977) parle de 16 millions heures/semaine de travail bénévole, dont les 2/3 pour les services sociaux personnels;

— on n'a pas encore parlé des parents, conjoints, grands-parents, amis. Un rapport récent de la Equal Opportuneties Commission (1981) estime à 1 million et quart le nombre de personnes qui assument la responsabilité d'une personne handicapée, malade ou âgée;

— on n'a pas parlé non plus de l'explosion des groupes d'entraide pour lesquels il n'existe pas de chiffres précis.

Le secteur privé et la santé mentale

En surface, il semble très facile de répondre à la question: Y a-t-il un secteur privé en santé mentale? Toutes les apparences semblent en effet confirmer son existence:

— en 1982, il y avait plus de 120 organisations nationales en Grande-Bretagne (England et Wales) qui identifient la santé mentale comme objectif direct, ou du moins comme un élément majeur d'activités. La nature du travail de ces organisations couvre un large éventail: campagnes pour collecter des fonds, services directs, dissémination d'information ou encore coordination de groupes d'entraide;

— en plus de ces organisations, il y a environ 70 organismes à but non lucratif qui sont des groupes professionnels et/ou de recherche dans le champ de la santé mentale (ex.: King's Fund Center, Mental Health Foundation, quelques-uns des Royal Colleges et les corps professionnels spécialisés).

Même si, au sens strict, ces organisations ne sont pas des organismes privés dans le sens habituel du terme, leur travail est lié si intimement avec celui du secteur privé que les deux doivent être considérés ensemble. Ils aident souvent à fournir les nouvelles idées, les publications et les conférences qui inspirent les organismes privés. Ils fournissent aussi l'argent pour les schémas innovateurs et la recherche.

Au niveau international, on admet généralement, si on fait exception du secteur privé aux États-Unis, que la Grande-Bretagne a le mouvement de santé mentale le plus grand, le plus centralisé et le mieux coordonné du monde, avec l'éventail le plus large d'activités. On peut dire qu'en Grande-Bretagne, la bataille pour la reconnaissance de la contribution privée a été gagnée, même s'il existe encore des ilôts de résistance dans les hôpitaux et dans les départements de services sociaux.

Cette victoire a été acquise en reconnaissance du rôle que le secteur privé joue pour rendre des services directs mais aussi par respect pour le rôle que les organisations privées ont joué dans l'élaboration des politiques et dans la représentation des droits des consommateurs. Les relations complexes que le secteur privé entretient avec le parlement et les services gouvernementaux étonnent les étrangers tout en demeurant pour eux une source d'administration.

Qui ou quoi?

Les nombreux organismes privés qui s'intéressent à la maladie mentale au niveau national relient entre eux un nombre très grand d'individus pour le moins très hétérogènes. Quelques-uns sont du personnel salarié avec des responsabilités au niveau national, régional ou local tandis que la majorité travaillant avec eux ne sont pas rémunérés pour fournir un large éventail de services, amasser des fonds, éduquer. C'est le cas, par exemple, de MIND, de la National Schizophrenic Fellowship, de la Mental After-Care Association et du Richmond Fellowship, pour ne citer que les plus connus.

D'autres organisations nationales rendent des services directs à des clientèles mal desservies par les services de santé mentale. On retrouve, par exemple, CHAR, la Salvation Army et les Cyrenians qui

s'adressent principalement aux sans-abri, ou encore NACRO qui s'adresse aux ex-détenus.

D'autres organisations se définissent aussi comme des organisations de services telles les Samaritans ou encore le National Marriage Guidance Council. Ces organisations sont implicitement concernées par la santé mentale mais elles ne voudraient sous aucun prétexte être identifiées à la maladie mentale.

En plus de ces organisations nationales, il existe une pléthore de groupes locaux ayant un seul objectif spécifique. Par exemple, les amis de tel hôpital, les aidants de tel club social, les groupes de support aux parents de même qu'une multitude de groupes d'entraide.

Les sources de conflit

Les sources possibles de conflit sont légion, particulièrement au niveau local:

— débats idéologiques, tels l'existence de la maladie mentale ou encore le modèle médical;

— les perceptions différentes des besoins telles, pour les parents, le besoin de support à vie du jeune adulte schizophrène. Le jeune, lui, souhaite un hébergement indépendant et un revenu adéquat alors que le parent est effrayé par la perspective de la fermeture de l'asile;

— la rareté des ressources financières amène les différents organismes privés à se faire la guerre entre eux pour l'obtention du peu qui existe.

L'expansion possible

Kina Avebury, Assistant Director, Community Development, MIND dressait en 1982 un bilan de la situation et affirmait une position catégorique. Pour elle, il ne faut pas se laisser leurrer par la multiplicité des groupes et croire qu'ils ont un potentiel illimité pour répondre aux besoins présents et futurs des personnes souffrant de maladie mentale. Pour elle, si c'était une question de nombre seulement, ce ne serait pas si grave, mais c'est aussi une question d'argent. Par exemple, si on regarde les dons du secteur privé pour différentes causes, la santé mentale se retrouve aux dernières places. Par exemple, en 1981-1982, MIND se retrouve en 186e place sur un total de 200 organismes ayant reçu des dons privés. La Mental Health Foundation et la Ex-Services Mental Welfare Society ne furent pas plus favorisées.

Un sondage d'opinion en 1979 démontrait le peu d'intérêt du public pour la maladie mentale. Il indiquait qu'en 1978-1979, à peu près

2 pour cent seulement des dons aux organisations à couleur médicale allèrent à la maladie mentale. Ce fait a été jusqu'à un certain point reconnu par le gouvernement central qui alloue des octrois substantiels aux organismes sans but lucratif. En 1981-1982, sur l'ensemble des subventions aux organismes privés (8 000 000 livres, soit environ 16 000 000 $), 13 organisations reçurent plus de 200 000 livres chacune, soit environ 400 000 $. La plus grande partie de cet argent fut allouée à des organismes intéressés à la maladie mentale, le handicap intellectuel et l'alcoolisme, le reste s'adressant à des organismes de bien-être à l'enfance.

La situation au niveau local est pour le moins confuse. C'est pourtant de là que provient la plus grande partie des fonds consacrés aux services communautaires. En 1981-1982, la moyenne des sommes dépensées par les services sociaux pour des organismes sans but lucratif était de 190 000 livres, soit environ 380 000 $. Cependant, les écarts autour de cette moyenne sont énormes. Par exemple, 91 000 livres/an à une branche locale de MIND, ce qui lui permet de rendre une gamme complète de services qui fait l'envie du secteur public, alors que dans une autre localité, les budgets sont gelés et les services de jour et d'hébergement doivent être coupés.

La position officielle met l'accent sur le privé:

«government action in the field of voluntary activity should be regarded not as a sofa but as a springboard» (Central Office, 1981)

«while assistance from national and local government is important, voluntary money and voluntary giving is the only proper foundation for a vigorous and ***independent*** *voluntary movement» Home Office).*

La position de madame Avebury est, quant à elle, catégorique: si ce que veut le gouvernement c'est que le privé fournisse une proportion de plus en plus grande des services en santé mentale, alors le «springboard money» ne sera pas suffisant et l'indépendance du mouvement privé dans ce contexte ne devrait pas également référer à une indépendance financière.

Elle termine cependant sur une note positive en refusant la polarisation public-privé et en voyant la solution dans une planification conjointe, chacun mettant sur la table ses limites et ses besoins. C'est à cette condition seulement que les nouvelles idées, les perspectives différentes et, dans certains cas, des solutions de rechange moins coûteuses pourront être opérationnelles et que les échecs de bénévoles surchargés et mal utilisés pourront être évités.

Elle demande aussi que l'expertise reconnue au secteur privé ne se limite pas à des services «périphériques», tels le support aux parents, le transport et le «counseling», mais s'étende aussi aux services d'hébergement quasi indépendants et aux activités de jour (social clubs).

Elle démystifie le fait que le bénévole peut aussi être un professionnel et qu'on ne peut plus faire l'équation bénévole égale amateur, de même qu'on ne peut pas prendre pour acquis qu'un service privé est nécessairement moins cher. Et lorsqu'on parle de «voluntary movement», on parle d'une pression vers le changement, ce qui est un geste politique et menaçant.

En terminant, elle souligne que les organismes privés rendent présentement des services dans le domaine de la maladie mentale principalement (par opposition à santé mentale), puisque c'est là que les besoins sont les plus criants, et qu'ils vont continuer de le faire:

> *«The pressures to stay firmly in the mental illness camp are almost irresistible, and will be so far as long as the needs are manifests and unmet. And yet, as more is learned about the causes of stress and breakdown and the part played by family and social relationship, by the environment, and by life crises, the failure to confront* ***mental HEALTH*** *issues with equal energy and commitment answers the original question. The beginning of a movement is there, but it is mainly a movement dedicated to making mental illness more bearable.»*

C'est ainsi que la création de nouveaux réseaux informels de soutien au niveau du quartier deviendra la façon de faire le pont entre maladie mentale et santé mentale:

> *«It is in this direction that the voluntary and statutory sector must travel – not in rivalry but in partnership.»*

Conclusion

Sans risque de se tromper, on peut affirmer que:

— le mouvement privé en Grande-Bretagne a une longue tradition et une ampleur que notre pays ne connaît pas, particulièrement en santé mentale;
— que ces services sont complémentaires aux services publics et ne visent pas à les remplacer;
— qu'ils sont en partie financés par le système public et, en conséquence, affectés aussi par les coupures budgétaires depuis 1980.

5. L'évolution parallèle des services sociaux[1]

Si l'on parle ici des services sociaux, c'est que dans le modèle britannique, ils ont, en principe, une responsabilité importante au niveau du développement de modèles de services d'hébergement et de support communautaires pour les patients psychiatriques. C'est aussi que les services sociaux possèdent une structure administrative distincte des services de santé et, à ce titre, leur évolution doit être décrite de façon séparée.

Les travailleurs sociaux psychiatriques travaillent principalement dans les asiles, les «Child Guidance Clinics» ou les services psychologiques dans les écoles. Comme tous les autres travailleurs sociaux, ils doivent leur existence aux efforts de la charité privée du siècle dernier, en particulier, dans ce cas-ci, au travail de la Mental After-Care Association, formée en 1879, et aux visiteurs bénévoles des patients des asiles.

Une formation spécifique en service social psychiatrique a commencé en 1929 au London School of Economics. Contrairement à leurs collègues du milieu médical, les travailleurs sociaux psychiatriques ont, dès le départ, été acceptés par leurs collègues médecins comme membres des équipes thérapeutiques. Même s'ils n'ont jamais été très nombreux, ils ont eu beaucoup d'influence sur le développement de la théorie et de la pratique du service social. Et ceci, en partie parce que leur formation était sans égale au niveau de la qualité jusqu'aux années 60, et en partie parce qu'ils offraient une philosophie de pratique basée sur des explications psychodynamiques du comportement humain plutôt que sur des jugements sociomoralisateurs et sur l'évaluation du caractère et de la force de volonté de leurs clients.

Cette philosophie différente était essentiellement libératrice même si, récemment, elle a été violemment attaquée de partout. Son accent était mis sur la compréhension des émotions plutôt que sur le jugement du comportement. On en arriva cependant à une scission philosophique entre travailleurs sociaux, entre ceux qui définissaient leurs aptitudes comme exlusivement professionnelles et divorcées à la fois des approches informelles d'aide et de l'assistance financière, et ceux dont l'allégeance était à la gestion des services et qui voyaient une place pour la coopération avec les bénévoles et les «bons voisins» (ce qu'un auteur décrit ironiquement comme «la nostalgie romantique et les normes irréalistes de participation du citoyen» (Lubove,

1. À partir de l'ouvrage d'Eric Sainsbury (1976).

1965). Très peu de travailleurs sociaux psychiatriques ont cherché emploi dans les services des autorités locales jusqu'en 1959, ce qui en dit long sur leurs allégeances professionnelles.

Eric Sainsbury souligne que, dans les années récentes, il est devenu à la mode de critiquer le «casework» d'orientation psychodynamique et cela, à plusieurs niveaux: élitisme et incompréhension pour le client; supporter le pouvoir professionnel sur la vie des autres; contraire au principe de participation du citoyen dans la distribution des services; efficacité qui n'est pas prouvée. Toujours selon Sainsbury, ces critiques proviennent en partie de théories sociologiques et politiques plutôt que d'une étude empirique de ce qui se passe réellement dans les transactions entre les intervenants et leurs clients.

En 1971 (Health and Personal Social Services Statistics, HMSO 1972), il y avait 341 travailleurs sociaux psychiatriques qualifiés en Angleterre et au pays de Galles.

Présentement, on ne donne plus de formation spécifique dans cette forme de service social puisque la formation est maintenant générique. Cependant, plusieurs cours en service social générique offrent en option des techniques nécessaires au travail en milieu psychiatrique. Cette perte de la spécialisation a eu des conséquences importantes, comme nous le verrons tout au cours de ce document, et il y a maintenant un fort mouvement pour un retour à une formation spécialisée.

Il est impossible de faire ici une analyse détaillée de l'évolution de la pensée à partir des années 70 alors que le service social est devenu plus général et plus communautaire. Nous ne parlerons pas non plus de la scission à l'intérieur de la profession du service social entre intervenants individuels et intervenants communautaires qui ont maintenant chacun leur propre association.

Il faut cependant dire quelques mots du rapport Barclay (1982) et du débat autour des équipes «PATCH» de quartier qui sont présentement en expérimentation, entre autres à Normanton.

Le rapport Barclay

Ce rapport identifie trois modèles possibles d'intégration:

1) the welfare state approach;
2) the safety net approach;
3) the community approach.

Dans le premier cas, il s'agit des services plus ou moins tels que nous les connaissons présentement, c'est-à-dire des services rendus à un usager par un établissement, sans attention portée à la nature

et l'étendue des réseaux environnants. The «Safety net Model» préconise, lui, que les individus, les familles et les communautés locales soient la source première d'aide et que l'État ait une responsabilité minimale dans le sens d'être complémentaire aux réseaux informels de la communauté: «lest it undermine both their capacity and their moral resolution to care for their own. The pattern of service based on this conception of social policy will be limited to the rescue of casualties who are unsupported by families, neighbourhoods or voluntary organisations».

Barclay rejette ce modèle.

Enfin, le troisième modèle, le modèle communautaire, est celui que le comité Barclay recommande:

> *«recommandation of this approach to welfare is based on its assumption about the potentiel, ability and commitment to care for each other on the part of lay people and the belief that statutory services can respond to this by attitudinal and organisational changes. Under this model polity would, first once foremost, to give informal local networks resources and support where they existed and develop them where they were weak or non-existent.*
>
> *The provision of services would be focussed on the client and the client network, developed in partnership between formal and informal care-givers. This marks a change from the service delivery model where centrally planned services are given to individual users, with better regard to the strengths, and weaknesses of informal caring resources.»*

Une des façons de concrétiser cette approche a été la création d'organisations PATCH dont nous parlerons maintenant.

PATCH: un débat passionné. Beaucoup de questions sans réponses

Origines

En septembre 1980, le National Institute for Social Work a tenu un séminaire pour discuter du développement de «Patch teams» à l'intérieur des services sociaux personnels. Depuis ce temps, l'intérêt dans les «Patch teams» a été stimulé par le livre de Hadley et McGrath, *Going Local,* et par les idées sur le service social communautaire développées dans le rapport Barclay. Une publication récente explicite le modèle Normanton (1985).

Celui-ci se situe aussi à l'intérieur d'un intérêt plus large du gouvernement local pour des formes décentralisées d'administration.

On aurait tort cependant de croire que l'intérêt pour le système «patch» a des origines récentes. Au contraire, il est lié aux idées de Schumacher «Small is beautiful» et à la promotion de formes d'administration politique de quartier par un certain nombre de personnes depuis longtemps. Le développement d'équipes «Patch» à la fin des années 70 découle aussi du travail des décades précédentes dans des «Family Advice Centers» localisés dans des quartiers, et de la prolifération subséquente des «Neighbourhood Advice and Information Services».

Définition du Patch

Roger Hadley, celui qui a le plus stimulé l'intérêt pour le «Patch», le définit de la façon suivante:

> «[...] *initiatives in the organisation of field services which have two important features in common:*
>
> *first, their concentration on relatively small areas or «patches» and*
>
> *second, the high priority given to interweaving statutory services with voluntary action in the community. Such patch based teams tend to claim their approach is significantly more affective in helping to meet social need than the more traditional methods which are said to predominate in most area teams.»*

En pratique, l'expression «more effective» utilisée ici est un jugement de valeur. Des recherches évaluatives sont en cours mais non terminées. De plus, les «Patches» développés à l'heure actuelle ont une base de population d'environ 7 000 habitants, en moyenne, mais personne encore n'a essayé de généraliser ce mode de fonctionnement et de solutionner les problèmes complexes de gestion qu'ils posent, par exemple en remplaçant une équipe traditionnelle qui est composée d'au moins 10-12 travailleurs sociaux desservant une population de 50 000 environ par 7 «Patch teams» desservant le même secteur.

Quand on parle d'efficacité ici, on le fait par déduction à partir de recherches qui ont semé le doute sur l'efficacité de la gestion des équipes traditionnelles, sur la performance des travailleurs sociaux et sur les standard de services offerts à certaines clientèles, telles les personnes âgées et handicapées. À ces considérations s'ajoutent les pressions créées par les coupures dans les dépenses publiques.

On prétend que les départements de services sociaux se sentent responsables et capables d'assumer tout le fardeau des problèmes sociaux et de les résoudre. Ils découragent l'action de la communauté

en trouvant non nécessaire, même amateure et dangereuse l'exécution efficace de la tâche professionnelle. Le «welfare state» affaiblit la communauté. Il assume un certain nombre de fonctions de la communauté et l'empêche de vivre comme elle devrait. Les services sociaux ont comme des corps étrangers provoquant la gangrène de la communauté. Si on les enlève, la communauté retrouvera ses moyens et sera capable de résoudre ses problèmes.

Hadley et ses disciples offrent une critique des équipes traditionnelles basée sur une perspective communautaire:

— le système actuel n'arrive pas à reconnaître suffisamment l'importance continue des actions privées formelles et informelles dans la distribution des services (social care). Pourtant, dans plusieurs secteurs, elles sont la source principale de services;
— il ne reconnaît pas non plus que la majorité des cas référés aux départements de services sociaux ne requièrent pas des services sociaux spécialisés;
— de plus, il ne réussit pas à reconnaître le potentiel considérable d'un personnel non professionnel (untrained ancillary staff).

Les équipes «patch» sont créées pour remédier à ces lacunes et, en conséquence, présumées efficaces. Elles doivent donc:

— supporter toute action privée formelle ou informelle et de cette façon, agir PRÉVENTIVEMENT;
— rendre autant de personnes que possible capables de fonctionner sans devenir clientes des services publics;
— dans ce travail et dans la distribution de services directs, la contribution des non-professionnels (ancillary workers, domiciliary workers, community workers, volunteers) doit être augmentée de beaucoup.

Dans un tel modèle, le rôle du travailleur social devient autant celui d'un gérant de ressources et d'un «entrepreneur social» que celui d'un travailleur social personnel («caseworker»).

Le style de gestion doit être flexible et encourager la participation de l'équipe.

Réseaux informels et conditions de support

Les clientèles cibles les plus concernées sont les suivantes:

— personnes âgées vulnérables;
— les malades mentaux et physiques;
— les personnes handicapées vivant dans la communauté;
— les familles avec enfants à risque.

Les actions requises sont:

— des services concrets: lever, toilette, repas, ménage, épicerie pour personne âgée;
— des avis (ex.: éducation des enfants);
— du support émotif;
— de la surveillance.

Ce type de services devrait provenir des réseaux de soutien informels (famille, amis, voisins) mais, en pratique, ces personnes sont isolées les unes des autres. Le nombre ne permet pas aux travailleurs sociaux et à leurs assistants de les voir tous.

Conditions à rencontrer par les organisations de services sociaux:

— Aptitude à localiser et à être accessible aux réseaux locaux;
— Flexibilité et capacité de réagir (responsiveness);
— Capacité de développer des ressources additionnelles;
— Compréhension des personnes et des groupes et identification avec eux.

Conditions pour le développement d'une approche communautaire

Dans le rapport Barclay, l'accent est mis sur un changement d'attitudes des professionnels qui devraient reconnaître l'importance des réseaux informels et travailler avec eux. Le type de structure dans lequel ces changements de mentalité vont s'amorcer peut varier et on parle à la fois de «patch teams» ayant du personnel polyvalent, et d'équipes plus centralisées de spécialistes comme étant tous les deux des exemples de service social communautaire.

Pour Hadley, la localisation doit être clairement locale (équipes de secteur de 20 à 30 000 avec des sous-équipes de 10 000). Ces équipes ont besoin du support d'équipes de spécialistes qui desserviront des secteurs géographiques beaucoup plus grands et souvent des communautés d'intérêt.

Une intégration doit se faire à l'intérieur des services sociaux, entre les services sociaux et les autres services, et avec les réseaux informels.

Des rôles plus larges et plus flous ainsi qu'une autonomie plus grande.

«It should lead to 'greater participation from the community [...] as partners in formulating policies on services developments and also in criticising and evaluating existing services'».

Des illustrations

Un département de service social, East Sussex, a réorganisé ses services à la fin de 1981 en équipes «patch» couvrant des populations entre 8 000 et 20 000 chacune et incorporant des services locaux d'hébergement et des services de jour de même que du personnel (field staff).

Cependant, la plupart des équipes établies ont une ampleur plus restreinte et n'incluent que le personnel de service social (field staff).

Seulement quelques équipes ont été capables d'inclure une diversité de personnel. Par exemple, à Normanton, les «home helps», «ancillaries», travailleurs sociaux et bénévoles sont déployés sur des territoires de 5 à 8 000 personnes. Récemment, les surveillants de rue (street wardens) ont été redéployés selon les mêmes secteurs.

Un autre modèle, celui de Honor Oak, Levisham, s'est développé sur la base d'une collaboration interagence: services sociaux, service de logement, travailleur communautaire de ILEA et un travailleur de CAB travaillent ensemble.

Évaluation subjective

L'évaluation subjective de ceux qui travaillent dans ces types d'équipe est la suivante:

— taux de référence plus élevés;
— intervention précoce;
— moins de crises imprévisibles;
— interrelation plus grande avec les autres organismes;
— génère des activités privées locales: groupes d'entraide, clubs de jeunes, associations de locataires, centres où on peut demander conseil, etc.;
— enthousiasme et moral élevé.

Problèmes:

— les syndicats s'objectent à des tâches définies de façon aussi floue;
— le personnel n'aime pas, de façon unanime, travailler de cette façon;
— les directions de services sociaux comprennent mal le travail de ces équipes.

Rôles:

— généraliste au niveau local;
— spécialiste;
— gestionnaire d'un type différent.

«*The maintenance of a strong central organisation is essential to the successful development of a decentralising strategy*.»

Liens avec les équipes spécialisées en psychiatrie et les équipes médicales de première ligne

Selon Roger Hadley (Mind's 1982 Annual Conference), une telle approche n'élimine pas le besoin d'équipes spécialisées mais leur permet de mieux remplir la fonction pour laquelle ils existent, le «patch worker» agissant dans un rôle de coordination et donnant à l'équipe spécialisée la sécurité de pouvoir s'appuyer sur un réseau de support autour du patient.

Études du National Institute for Social Work

L'unité de recherche du National Institute for Social Work a récemment publié des résultats de deux recherches qui ont soulevé beaucoup de passions en alimentant le débat plutôt du côté de la critique que d'un support en faveur du système Patch.

1) *Projet réseaux: une étude du soutien informel, des services et du service social pour les clients âgés vivant seuls* (Sinclair et al., 1983)

L'objectif de ce projet était de savoir jusqu'à quel point les services formels étaient complémentaires au soutien donné par les voisins, les parents et les amis, et jusqu'à quel point les travailleurs sociaux pouvaient être les catalyseurs de ce type de soutien aussi bien que des participants.

Sinclair et al. ont des réserves sur la faisabilité de l'approche communautaire, réserves qui sont les suivantes:

— les prémisses mêmes d'une approche communautaire qui met l'accent sur le quartier, et par implications, sur les voisins alors qu'en pratique, ce sont les parents qui assument la plus grande partie des services. Or, dans les grandes villes, il a été démontré que les enfants quittent l'endroit où ils sont nés et occupent un emploi salarié, ce qui les rend peu disponibles. À Londres, seulement un quart des personnes âgées sont visitées par un parent plus d'une fois par semaine et un sur six ne reçoit jamais de visites;

— de façon paradoxale, cette approche peut aussi être particulièrement difficile à appliquer pour les clients des services sociaux qui sont justement ceux qui sont incapables de s'occuper d'eux-mêmes et dont la famille est dans l'impossibilité ou refuse de fournir un soutien;
— le danger d'une dilution de l'expertise. À présent, les travailleurs sociaux résistent à une approche communautaire tout en y aspirant alors qu'il y a une évidence que le «casework» avec des individus peut être efficace mais, qu'en pratique, il n'est pas valorisé et, avec les personnes âgées en particulier, il n'apparaît pas comme prioritaire et est mal fait.

Et leur étude, dont voici les principales conclusions, supporte leurs réserves:

— on peut améliorer l'efficacité en faisant des modifications à la façon d'assurer les services officiels. Ex.: confier certaines tâches à du personnel non professionnel;
— on devrait resserrer les liens entre services formels et soutien informel:
  • assumer un rôle de surveillance lorsqu'un voisin part en vacances;
  • que le voisin connaisse le système formel d'aide;
  • transport pour faciliter les visites d'amis;
  • services lors de traumas (lors du décès d'amis, par exemple);
— il y a absence de ressources adéquates tant privées que publiques dans les secteurs des problèmes de consommation, jardinage, réparations et travail domestique lourd;
— une implication plus substantielle des voisins comporte une forme de paiement et un lien des voisins avec le système formel;
— le problème de l'isolement et du moral des personnes âgées requiert un investissement massif de la part des bénévoles et de l'attention individuelle de la part des services sociaux, pour ceux qui ne peuvent accepter de l'aide très facilement.

2) *Le réseau de soutien des personnes âgées confuses à domicile* (Levin et al.)

Ce projet du même style que le précédent s'adresse spécifiquement aux personnes âgées confuses.

On a choisi un secteur ayant un service psychiatrique organisé pour les personnes âgées avec une optique communautaire, ayant toutes les caractéristiques jugées désirables d'un service et considéré

comme rencontrant des standard de pratique supérieurs et intéressants.

On a cherché à identifier les problèmes expérimentés par le réseau de soutien des personnes âgées confuses, à décrire les facteurs associés au désir de continuer ou de discontinuer le support et à évaluer les implications des résultats pour les services formels, les aidants naturels et les modes d'interventions de l'avenir.

Les conclusions de l'étude sont les suivantes:

— le nombre de personnes âgées confuses demeurant dans la communauté augmente. Elles sont très vieilles, malades de façon chronique et la combinaison de maladie physique et maladie mentale les rend incapables de s'occuper d'elles-mêmes;
— dans ce contexte, la parenté a un rôle essentiel, rôle qui exige toutefois un coût personnel très élevé. La recherche démontre l'efficacité des services communautaires pour réduire la tension;
— dix services sont identifiés comme essentiels:
  - identification précoce: il est plus facile d'aider au début de la maladie que lorsque les aidants sont épuisés;
  - évaluations médicales et sociales complètes. En général, le médecin généraliste est celui qui initie ce processus;
  - références à temps;
  - «back-up» continu et révision;
  - traitement médical actif;
  - information, avis,«counseling»;
  - services concrets: ménage et soins personnels;
  - répit;
  - support financier;
  - hébergement permanent;
— l'étude sur les ressources disponibles met en évidence les points suivants:
  - variations entre les secteurs;
  - sous-identification des personnes âgées confuses;
  - insuffisance de support aux membres de la parenté qui reçoivent déjà des services;
  - besoins d'autres types de services, tels les services à domicile intensifs, des formes de répit différentes des centres de jour et d'une admission temporaire;
— besoin de planification et de coordination santé-social au niveau du district et au niveau individuel.

La question du PATCH soulève donc un débat passionné, mais il demeure encore beaucoup de questions non résolues même au niveau de la conceptualisation. Et l'expérimentation n'en est qu'à son tout début.

Chapitre II
Le COMMUNITY CARE

Présenter les articulations de base et les structures du système psychiatrique britannique pose un certain nombre de difficultés si on veut le faire de façon suffisamment cohérente et claire pour arriver à en tirer des leçon utiles pour le Québec.

Deux points attirent paticulièrement l'attention:

1) Le système psychiatrique comme tel: particulièrement innovateur et créateur dans les années 50 et 60 à cause de l'implication communautaire des psychiatres et des infirmiers, de l'ouverture de l'asile et d'un plus grand intérêt du public pour les problèmes psychiatriques avec tout ce qu'il y a eu autour du Mental Health Act de 1959, il a subi un net recul avec la division des services de santé et des services sociaux, en 1971, et son intégration administrative au niveau du district avec les services de médecine physique en 1974 (Jones 1979), sans parler des difficultés économiques actuelles. Il y a donc un certain nombre de leçons à tirer du modèle de réadaptation et de support communautaire en soi et il y a un autre ordre de commentaires à faire en rapport avec les réorganisations administratives subséquentes et la généralisation de ces innovations.
2) L'utilisation du médecin généraliste: porte d'entrée du système psychiatrique depuis le début du siècle, l'utilisation du médecin généraliste a toujours été considérée comme une caractéristique originale et un point fort du système britannique. Aujourd'hui, il existe un problème de volume de clientèle et une tendance à créer autour du médecin généraliste des équipes de première ligne, équipes multidisciplinaires (où le travailleur social a un rôle clé pour absorber les problèmes de santé mentale). Ces équipes sont à se développer dans les Centres de santé du district. Encore ici, il y aura deux ordres de commentaires à faire, un sur la conception britannique traditionnelle du rôle du médecin généraliste et l'autre, sur les équipes multidisciplinaires des Centres de santé qui ont soulevé dans la littérature toute une polémique comparativement aux Community Mental Health Centers américains[1].

1. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 73, 1980, janvier, février, mars, juillet, Letters to the Editor.

1. Les articulations de base

Si pour les psychiatres français, les notions de soins et de thérapie ont été centrales, pour les psychiatres britanniques les notions de «réadaptation» et de «support social dans la communauté», pour une clientèle clairement identifiée comme celle des personnes souffrant de troubles psychiatriques majeurs, sont celles qui se sont articulées au fil des années. Cette conception des services s'inscrit dans un «système qui vise l'élimination graduelle de l'asile et une intégration sectorielle des services au niveau du district (200 à 300 000 de population).

L'élimination de l'asile

Au début des années 60, comme nous l'avons vu, psychiatres, gouvernement et opinion publique étaient tous d'accord sur l'objectif d'élimination complète des asiles vers 1975. Les psychiatres avaient confiance que leurs outils thérapeutiques innovateurs allaient produire ce résultat, alors que l'opinion publique et les réformateurs sociaux croyaient quant à eux que l'asile «causait» la maladie mentale et que son élimination allait ainsi éliminer la maladie mentale. Pour le gouvernement, l'idée était très séductrice et il crut que les tendances statistiques indiquant une baisse du nombre de lits allaient se maintenir.

Lorsqu'il a fallu se rendre à l'évidence que la chronicité ne pouvait être prévenue dans tous les cas et que, d'autre part, tous ne pouvaient être désinstitutionnalisés, on a néanmoins maintenu cette option d'élimination de l'asile mais en se donnant des délais beaucoup plus longs et en prônant, pour les patients chroniques, un nouveau concept, celui du HOSTEL WARD qui est une ressource d'hébergement sur les terrains de l'hôpital de district avec porte ouverte sur la communauté, et avec un ratio personnel / patient élevé. C'est une ressource qui se veut plus humaine que l'asile et qui essaie de maintenir un fonctionnement social minimal même chez les patients les plus démunis. Avec une telle ressource dans chacun des districts, en plus d'une gamme de ressources communautaires plus légères pour les autres patients et une somme d'argent d'appoint (bridge money) pour effectuer la conversion d'un système asilaire vers ce nouveau système, on pense toujours pouvoir arriver à éliminer éventuellement l'asile.

L'intégration au niveau du district

Lorsqu'on parle d'intégration au niveau du district, on réfère à:

— une gestion administrative unique des services de santé physique et des services psychiatriques sur un territoire géographique donné de 200 à 300 000 de population;

— une coordination des services psychiatriques (qui ont une responsabilité de traitement, d'intervention de crise et d'assurer une continuité de soins, de même qu'une fonction d'hébergement compensant la fonction asilaire pour ceux qui ne peuvent être désinstitutionnalisés) avec les départements de services sociaux locaux (qui ont une responsabilité de développement de services d'hébergement et de support dans la communauté), avec le secteur privé (qui, en partie, rend des services directs d'hébergement et de support personnel) et avec les équipes de première ligne des Centres de santé.

Au niveau des principes d'action, on vise à:

— minimiser la ségrégation;
— fournir une continuité de soins dans un système où il y a plusieurs organismes de support;
— intégrer le support que le patient peut recevoir de sa famille immédiate et du réseau social en plus des services professionnels.

2. Une mise en forme dans des textes officiels

Nous avons vu les jalons posés par le Mental Treatment Act de 1930, le National Health Service Act de 1946 et le Mental Health Act de 1959. Ce dernier est d'ailleurs encore celui qui régit les services psychiatriques actuels, amendé seulement de façon très spécifique en 1982 au niveau des procédures d'admission.

Nous avons vu aussi que les structures administratives présentes ont été déterminées par le Local Authority Social Services Act de 1970, pour les services sociaux, et le Reorganization Act de 1973, pour les services de santé, encourageant ainsi deux réorganisations administratives parallèles ayant chacune leur logique interne, mais sans nécessairement de congruence.

Il nous reste à voir la politique comme telle qui spécifie l'orientation la plus récente du COMMUNITY CARE, le livre blanc *Better Services for the Mentally Ill* (1975).

Ce document a été publié après le livre blanc sur la déficience intellectuelle, *Better Services for the Mentally Handicapped* (1971), et a la même optique communautaire.

Ce document, qui formule la politique des services aux malades mentaux, se présente, même dans la préface, comme un idéal à atteindre:

> *«It is is a long term strategic document indicating the general direction in which we should move and the general background against which we should be taking decisions. I cannot over emphasise that*

this White Paper must not be regarded as setting out a specific program: it is simply a statement of objectives against which shorter term décisions can be made.

[...] *the timescale for further significant progress must depend on the general economic situation and has the refore at present to be left open. It will be for Central Government, after due consultation with health and local authorities, to plan on a national basis the use of the funds available within the constraints of economic situation for the health and personal social services as a whole; and for the matching health and local authorities through joint planning and collaboration to make the most effective local use of the financial resources available to them both.»*[1]

On admet carrément que dans le contexte économique actuel, il n'y aura pas de dépenses additionnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux et que la politique présentée peut être opérationnelle uniquement s'il y a investissement de fonds additionnels:

«The policy can ONLY be achieved if there is substantial capital investment in new facilities and if there is a significant sheft in the balance of services between health and local authority.»[2]

Et on explique:

«Local services mean more day hospital treatment and support in the home itself; and less in-patient treatment. Indeed the savings on expensive in-patient treatment should mean taking health and social services together, little increase in total running costs. But the savings and the expenditure are not always simultaneous, and the net effect overall, on running costs does not give a complete picture of the implications for different sectors of the health and personal social services.»[3]

Le livre blanc fait une critique des difficultés d'opération du COMMUNITY CARE, en particulier la difficulté de désinstitutionnaliser les 30 000 patients qui demeurent encore dans les asiles et la difficulté du développement des ressources d'hébergement par les services sociaux, ce qui représente le plus grand désappointement du système.

Cependant, on considère ces difficultés davantage comme des problèmes opérationnels plutôt que des erreurs d'orientation:

— on réaffirme ainsi la politique du COMMUNITY CARE;

1. *Better Services for the Mentally Ill* - Préface, p. IV.
2. *Op. cit.*, préface, p. iii.
3. Idem.

— on réaffirme également les responsabilités du développement du modèle de services d'hébergement et de jour confiés aux services sociaux locaux: hostels, centres de jour, familles d'accueil, clubs sociaux, aide à domicile et toutes les autres formes de support qui peuvent permettre au malade mental de vivre à domicile ou, au moins, dans sa communauté locale;
— on permet aux hôpitaux de district le développement d'une forme d'hébergement, le HOSTEL WARD, pour les patients qui autrement seraient institutionnalisés à long terme;
— on réaffirme aussi le district comme unité géographique prônant l'intégration des services psychiatriques, sociaux, de première ligne et privés à ce niveau, en spécifiant cependant que développer des ressources locales n'est pas suffisant et que leur coordination pour rendre un service intégré à un patient donné demeure primordiale;
— on fait aussi des recommandations pour des catégories de patients identifiés plus difficiles, comme les patients chroniques, ceux qui combinent problème d'ordre psychiatrique et d'ordre judiciaire, et les personnes âgées.[1]

3. La mise en place des structures

3.1 Les équipes psychiatriques spécialisées

Des consultations externes à partir de l'hôpital général du district

L'équipe thérapeutique spécialisée est localisée dans l'unité psychiatrique de l'hôpital général, mais avec une responsabilité envers les personnes et les services du district. Où il n'y a pas encore d'unité psychiatrique à l'hôpital général ou pas d'hôpital général, les asiles ont créé des «divisions» correspondant aux districts et développé des cliniques externes en conséquence, avec la même responsabilité envers la communauté de ces secteurs géographiques.

Une façon d'actualiser cette responsabilité communautaire est l'utilisation fréquente de visites à domicile et la réponse par l'équipe aux urgences 24 heures sur 24. Ces services d'urgence sont planifiés conjointement avec l'équipe de première ligne et dans une opti-

1. Les normes proposées dans ce document comme la base minimale par 100 000 de population pour le développement d'un service complet sont les suivantes: nombre de lits dans les hôpitaux généraux: 50; places en hôpitaux de jour: 25; places en hébergement pour nouveaux chroniques («Hostel Wards»): 17; places en «Hostels» à court terme et de réadaptation: 4 à 6; places en hébergement supervisé à long terme: 15 à 24; places en centres de jour: 60.

que de prévenir l'hospitalisation autant que faire se peut et d'offrir du support aux familles. Le rôle de l'infirmière psychiatrique communautaire est primordial pour faire ce lien entre l'équipe et la communauté. Il arrive parfois que les équipes psychiatriques soient localisées dans les Centres de santé du district.

On recommande qu'il y ait au moins quatre psychiatres par district pour permettre une application plus flexible du principe de sectorisation, mais on ne recommande pas nécessairement que chaque psychiatre soit responsable d'une équipe qui couvre une unité géographique plus petite. Et ceci parce qu'on souhaite que le patient et le médecin généraliste qui le réfère généralement aient accès au psychiatre de leur choix.

L'équipe multidisciplinaire

Ce travail en équipe multidisciplinaire spécialisée est perçu comme crucial. Une telle équipe est généralement constituée de psychiatres, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de thérapeutes impliqués dans des activités d'occupation et de loisir, de même que de psychologues.

Le psychiatre a généralement la responsabilité du contrôle ou de l'évaluation des progrès des patients et celle d'impliquer les autres membres de l'équipe dans ce travail. Ces derniers évaluent les progrès dans leur sphère de compétence et doivent en informer le reste de l'équipe. On note cependant que tous les membres de l'équipe ne seront pas impliqués dans tous les cas et que le patient a le droit de refuser l'implication d'une équipe au profit d'une intervention avec un seul thérapeute. On reconnaît aussi que dans certaines circonstances, les aptitudes personnelles sont plus importantes que le type de formation professionnelle.

Pour une revue exhaustive des rôles des différents professionnels, il faut se référer à Wing et Morris (1981). Nous ne parlerons ici que du rôle de l'infirmier, à cause de sa position clé dans le lien avec la communauté et la continuité des soins, et de celui du travailleur social parce qu'il comporte beaucoup de zones grises avec celui de l'infirmier et à cause des responsabilités particulières que le système britannique assigne aux services sociaux.

a) L'infirmier

Il faut évidemment situer le rôle de l'infirmier à l'intérieur des orientations de réadaptation données par le système.

Un infirmier peut travailler dans l'unité de réadaptation d'un hôpital, dans un hôpital de jour de réadaptation, avec des patients asilai-

res sévèrement perturbés ou encore être un infirmier psychiatrique communautaire.

Lorsqu'il s'agit d'un milieu hospitalier, on donne à l'infirmier:

— un rôle d'observateur au niveau des changements de symptômes, des changements dans les capacités de vie et de travail et dans les changements au niveau des aptitudes sociales;
— un rôle d'enseignement des pratiques au niveau de la vie quotidienne, du travail ou du social;
— un rôle parental encourageant le développement personnel, tout en établissant des limites de comportement.

Wing et Morris soulignent comment ce rôle est différent du nursing traditionnel et comment il implique des changements de valeurs et d'attitudes:

> «*They have to learn adaptability, and tolerance of other people's values and modes of living, rather than inflecting needless routines and standards upon them. They have to unlearn authoritarian and rigid attitudes and capitalize on the skills they themselves have acquired for living in the world so as to make the rehabilitation unit an environment in which patients can gradually become self-confident in social roles.*»

À l'hôpital de jour, le lien avec la famille devient important puisque le patient retourne chez-lui tous les soirs. L'infirmier doit alors:

— impliquer la famille dans le programme de réadaptation dès le début afin de l'aider à ne pas avoir des attitudes qui entreraient en conflit avec les objectifs de la réadaptation;
— si nécessaire, faire de la thérapie familiale pour l'assister dans le changement des modes d'adaptation;
— supporter le patient en lui démontrant de l'intérêt dans ses progrès, tant à l'hôpital qu'à domicile. Ce support doit continuer même à la fin du traitement en hôpital de jour. Ce support peut aussi s'actualiser dans des groupes de soir ou de fin de semaine pour aider les patients qui ont à s'adapter à un nouveau travail, moment où il est important pour eux de partager leurs craintes, leurs anxiétés et leurs succès.

Quant à l'infirmier psychiatrique communautaire, son rôle principal est le «follow-up» après le traitement, la supervision du traitement, le support à la famille et la prévention des rechutes. Que ce rôle s'exerce à partir d'unités psychiatriques, d'hôpital de jour ou de la communauté, son lien doit être étroit avec l'équipe de réadaptation.

Au moment du congé, il doit s'assurer de l'adaptation du patient à son nouvel environnement et vice versa. Par la suite, il doit visiter le patient régulièrement mais surtout répondre immédiatement aux demandes d'assistance en état de crise. L'équipe d'infirmiers doit offrir un service 24 heures sur 24.

Un autre de ses rôles importants est la surveillance de la médication. Il doit surveiller les effets secondaires et éduquer sur les problèmes qui peuvent survenir. Il doit aussi servir de lien entre le médecin généraliste et le psychiatre.

Faire du «counseling» auprès du patient est un aspect important du rôle de l'infirmier. Le supporter à l'intérieur de ressources d'hébergement protégé est aussi de son ressort. Il doit aussi informer le patient et sa famille de la gamme de bénéfices sociaux disponibles et les mettre en contact avec les services offerts par les organismes privés à but non lucratif.

La prévention des rechutes sera influencée par l'exercice de l'ensemble de ces fonctions et aussi par l'habileté de l'infirmier à reconnaître une détérioration psychiatrique ou sociale et à agir rapidement. Il est souvent considéré comme l'intervenant clé et, à ce titre, il doit avoir une connaissance complète du rôle joué par les autres professionnels ou les groupes privés impliqués.

b) Le travailleur social

Depuis la réorganisation, il existe un malaise important par rapport au rôle du travailleur social à l'intérieur de l'équipe. Il semble que les zones grises qui existaient entre le rôle de l'infirmier et celui du travailleur social se soient résolues en faveur de l'infirmier, le travailleur social n'ayant généralement plus les compétences requises à la suite de la perte d'expertise engendrée par la réorganisation.

Théoriquement, on leur reconnaît un rôle de liaison avec les organismes communautaires et les autres établissements, l'exercice de «casework» et de «group work» avec le patient, un rôle de défenseur des intérêts des patients, un rôle au niveau de la resocialisation des patients et de la communication interpersonnelle à l'intérieur des équipes, et une fonction de préparation au congé médical, c'est-à-dire évaluation et sélection du type d'environnement où le patient doit demeurer.

Certains croient que le travailleur social a peu à offrir au patient désinstitutionnalisé dans la communauté et qu'il doit concentrer ses énergies sur les nouvelles admissions. À ce niveau, il doit aider le patient à surmonter les crises fréquentes et à faire des plans à long

terme pour se projeter dans l'avenir. Il doit tenir compte du sentiment d'échec que le patient a face à la maladie mentale, à la perte de son travail, aux relations familiales pauvres, aux mariages brisés, à l'incapacité d'avoir des relations sexuelles et au sentiment de désespoir par rapport à l'avenir. Il se sent aussi exclu jusqu'à un certain point du courant normal de la vie lorsqu'il a à travailler et à vivre en hébergement protégé. Son travail commence à l'hôpital et se continue à l'extérieur, même lorsque le patient réussit à vivre de façon autonome. Cette façon de voir implique une utilisation intensive des habiletés de service social: consultation conjugale, intervention familiale, travail avec la cour, travail de groupe, implication au niveau des services d'hébergement et de travail, coordination de ressources communautaires, service social personnel et services concrets.

3.2 Liens avec le médecin généraliste et l'équipe de première ligne

Parce qu'en Grande-Bretagne, première ligne est virtuellement synonyme de médecine générale (O.M.S., 1973) et ce, depuis le tout début du National Health Service, il y a eu beaucoup d'intérêt un peu partout dans le monde pour ce modèle de service, en particulier parce qu'il est moins coûteux que d'autres.

Hôpitaux et médecins généralistes constituent presque la totalité des services médicaux. À l'origine financés par des sources différentes, ils sont demeurés plus séparés que dans la plupart des pays. Il est exceptionnel pour les médecins généralistes d'avoir des responsabilités médicales vis-à-vis des patients hospitalisés même s'il y a quelques «hôpitaux communautaires» qui établissent des ententes. De la même façon, les médecins des hôpitaux rendront rarement des services de première ligne, excepté dans des cas d'urgence.

Payés selon un système de capitation (1/2 500 patients), ils ne sont pas nécessairement rattachés à un territoire géographique donné — quoique l'on tente de plus en plus de les intégrer dans les Centres de santé des districts ou dans des pratiques de groupe à l'intérieur de districts donnés.

En ce qui concerne santé et maladie mentale, leur clientèle se spécifie de deux façons:

1) les médecins généralistes sont la porte d'entrée des services psychiatriques spécialisés qui ne reçoivent jamais leur clientèle directement. Même à l'hôpital Maudsley, qui est un des rares hôpitaux à avoir une urgence, 62 pour cent des urgences sont référées par les médecins généralistes (Tantam, 1979);

2) les équipes spécialisées en psychiatrie voient seulement une clientèle psychotique ou souffrant de troubles majeurs (ex.: troubles de personnalité). Plusieurs études ont fait la démonstration que tant en Grande-Bretagne que dans d'autres pays, seulement 5 pour cent des malades mentaux qui se trouvent dans une pratique de médecine générale sont référés au médecin spécialiste dans une année.

   Dans une autre étude, 25 pour cent des patients psychotiques étaient référés avec la conséquence que le soin des patients psychotiques tend à être transféré à l'équipe spécialisée, laissant au médecin généraliste une majorité de patients névrotiques (Tantam, 1979).

   Une comparaison récente (Tantam et Burns, 1979) entre les services de santé mentale d'un Neighborhood Health Center américain et les services psychiatriques de Camberwell, à Londres, en arrive à la conclusion que, dans le Centre de santé américain ou dans la clientèle du médecin généraliste britannique:

— le pourcentage de patients adultes qui reçoivent un diagnostic de troubles mentaux est le même (19 et 23 pour cent respectivement);
— le nombre moyen de visites de patients adultes est le même (4,4);
— le nombre moyen de visites de tous les patients ayant un diagnostic de trouble mental mais n'étant pas vus par un spécialiste est le même (6,5).

La seule différence entre les deux services se trouve au niveau des patients névrotiques qui, aux États-Unis, sont vus par des professionnels autres que des médecins (8,1 visites en moyenne par adulte) alors qu'en Grande-Bretagne, le médecin généraliste étant seul, ne réussit pas à les assumer tous.

Cette constatation a contribué à une forte augmentation de la demande pour des travailleurs sociaux rattachés aux pratiques de médecins généralistes (Martin et Rehin, 1969).

D'autres facteurs se sont aussi ajoutés pour effectuer une pression dans le même sens:

— entre 1951 et 1971, on a assisté à une épidémie de tentatives de suicide par empoisonnement;
— durant la même période, le nombre de consultations chez le médecin généraliste a plus que doublé, générant des listes d'attentes qui ont contribué à une détérioration de la pratique et à un mécontentement important.

La conséquence de ces pressions a été la création de Centres de santé locaux où, en plus des professionnels de première ligne en place depuis longtemps (visiteurs de santé pour l'éducation en santé maternelle et infantile et pour les personnes âgées, infirmiers visiteurs pour les soins infirmiers traditionnels, sages-femmes), on cherche à ajouter des travailleurs sociaux et d'autres professionnels, notamment des psychologues, capables d'assumer une psychothérapie pour les personnes névrotiques. Cependant, cet ajout de personnel est lent à se faire à cause des coûts impliqués. Il y a consensus cependant sur le fait que, lorsqu'un travailleur social est attaché à ce type de pratique, la liaison entre les membres de l'équipe de première ligne et entre l'équipe de première ligne et l'équipe spécialisée s'améliore beaucoup.

Les prémisses de base à l'utilisation du médecin généraliste pour assumer la première ligne de la maladie mentale étaient intéressantes:

— on y voyait une utilité de prévention de la maladie mentale. Étant donné que le médecin généraliste voit les familles pour des problèmes physiques sur une longue période, il est à même de dépister de façon précoce la maladie mentale. Cela empêche aussi le clivage santé physique — santé mentale et la personne est alors vue dans sa globalité;

— comme le médecin généraliste voit une large proportion des malades mentaux dans la communauté, il semble dans une bonne position pour assumer un rôle de coordination et assurer une continuité des soins;

— aucun stigmate n'est attaché à une consultation avec le médecin généraliste, ce qui le rend acceptable aux yeux du public.

Selon Tantam (1979), les avantages théoriques ne se matérialisent pas en pratique. Selon lui, le médecin généraliste a:

— peu de relations personnelles avec les patients;

— peu d'habiletés pour résoudre les problèmes psychiatriques et peu d'intérêt dans les problèmes mentaux;

— peu de temps à accorder à chaque patient. On estime qu'en Grande-Bretagne, un médecin généraliste consacre 5 à 10 minutes à un patient alors qu'aux États-Unis, le généraliste lui consacre 19 minutes et qu'une consultation psychiatrique est d'environ 45 minutes.

La conséquence la plus directe en est un abus de prescription de médicaments avec les risques concomitants (ex.: mort soudaine par mauvaise utilisation des antidépresseurs). Cette façon de prescrire est souvent palliative des problèmes de personnali-

tés, familiaux ou sociaux auxquels le généraliste n'a ni le temps ni généralement la compétence pour s'y attaquer;

— de plus, l'augmentation des pratiques de groupe a amené une diminution du ratio visites à domicile / chirurgies et conduit le patient à avoir des relations avec plusieurs médecins, ce qui ne va pas sans inquiéter les généralistes;

— la génération actuelle de médecins généralistes reçoit une meilleure formation au niveau des problèmes psychiatriques que les médecins déjà dans la pratique qui n'arrivent pas toujours à diagnostiquer la pathologie psychiatrique;

— le rôle de prévention est rarement joué, le généraliste n'étant pas informé par le visiteur de santé et les infirmiers visiteurs des cas à risque (ex.: deuil); d'autre part, lorsqu'il détecte la maladie mentale, elle est déjà installée.

Contribution des psychiatres aux médecins généralistes

Jusqu'à maintenant, le consensus entre les deux professions ne s'est pas fait sur ce que l'avenir devrait être.

Patients en phase aiguë

On reconnaît ici le besoin d'intervention de crise par l'équipe spécialisée en psychiatrie. Il y a des variations énormes sur la façon dont de tels services sont organisés en Grande-Bretagne. En principe, le psychiatre doit faire une visite à domicile avant d'hospitaliser, ce qui occasionne des délais. D'autre part, le travailleur social est également responsable, avec le psychiatre, de l'admission , ce qui occasionne aussi des difficultés depuis la réorganisation des services sociaux.

Patients chroniques

Pour ce type de patient, le psychiatre et le médecin généraliste doivent travailler conjointement. On estime que la moitié des patients ayant des problèmes de santé et de maladie mentale se retrouvent dans une pratique de médecine générale et que la moitié des névroses sont chroniques. On estime également qu'en général, un médecin généraliste traite:

— 55 malades mentaux chroniques;

— 30 alcooliques (dont 25 non diagnostiqués);

— 25 diagnostics inconnus;

— 300 névroses.

La moitié des psychotiques dans une pratique de médecine générale sont aussi connus d'un psychiatre.

Si on constate qu'il y a un psychiatre pour 60 000 de population et 25 médecins généralistes pour cette même population, il n'est pas surprenant de réaliser que l'absence de contacts personnels ne favorise pas la collaboration.

Deuxième opinion

Les psychiatres sont fréquemment utilisés lorsque le patient demande une seconde opinion.

Patients faciles, solutions simples

Pour ces patients, le psychiatre offre formation et consultation. Cependant, le médecin généraliste étant complètement débordé se prévaut peu de ce service qui lui est accessible — même si la structure des Centres de santé et des pratiques de groupe favorisent en théorie la consultation.

3.3 Les services sociaux

Nous venons de parler du rôle du travailleur social comme membre d'une équipe psychiatrique spécialisée. Ce travailleur social appartient administrativement au département de service social de la zone qui, lui, a des responsabilités additionnelles dont, entre autres, celle de développer des modèles de services d'hébergement pour les patients psychiatriques et des services de jour.

Le livre blanc *Better Services for the Mentally Ill* réitère la volonté politique que tous les travailleurs sociaux relèvent des départements de services sociaux. Cependant, on laisse la forme d'organisation à la discrétion des autorités locales:

> «*Depending on the number of social workers in a particular hospital, they might either work together as a separate social work team or be linked into the social work area office structure.*»

Un problème majeur est que les secteurs santé-social ne correspondent pas toujours. On spécifie donc que les structures définies peuvent être différentes d'un district à l'autre mais qu'elles doivent toutefois être toujours spécifiées en fonction de la volonté de maximiser la CONTINUITÉ des soins et d'éviter de créer des barrières rigides qui empêcheraient le travailleur social de la communauté de visiter ses clients à l'hôpital, ou celui de l'hôpital de les visiter dans la communauté.

Voyons maintenant les catégories de services d'hébergement les plus couramment fournis par les services sociaux.

«Hostels»

Une étude par Ryan et Hewett (1976) a démontré que les occupants étaient célibataires, que plus de la moitié avaient au-dessus de 45 ans, qu'ils avaient de longues et fréquentes admissions à l'hôpital et tendaient à être isolés socialement. Quatre-vingt pour cent avaient un travail régulier. Ces établissements imposaient peu de contraintes et offraient un programme de réadaptation continu sous la supervision d'un personnel qualifié. Ceci en fait un lieu approprié pour des gens qui peuvent raisonnablement atteindre de hauts niveaux d'indépendance avec retour à leur emploi et à leur milieu de vie habituel.

Il y a clairement un besoin pour un autre type de lieu d'hébergement offrant des services de longue durée et où la qualité de vie est intéressante et donne accès aux ressources communautaires. De telles ressources seraient appropriées pour des patients qui ont été hospitalisés. Elles sont généralement développées par des associations privées.

Un troisième type de ressource d'hébergement (hostel ward) a été créé récemment à partir d'hôpitaux. Ces établissements veulent offrir des services aux nouveaux chroniques. Elles utilisent du personnel de l'hôpital avec plus d'intimité et moins de formalité qu'un service hospitalier tout en offrant en même temps un traitement et une réadaptation de façon continue en utilisant les ressources de l'hôpital et de la communauté locale selon les besoins.

Chambres (Hotel-guest, house-landladies)

Un certain nombre de modèles existe où les propriétaires d'hôtel ou de maison de chambres sont d'accord pour offrir des accommodations d'un certain niveau contre rémunération. Habituellement, un travailleur social agit comme superviseur afin de maintenir les standard et d'offrir du support aux occupants. Un tel type d'hébergement est utile pour ceux qui recherchent leur indépendance sans les responsabilités de la tenue de maison et est idéal pour ceux qui travaillent à temps plein. Il est également utile pour les personnes très handicapées qui n'ont pas les aptitudes sociales et ménagères pour fonctionner de façon autonome. En Angleterre, ce type d'établissement est capable de recevoir un montant d'argent pour en assumer le coût, en utilisant la maladie mentale qui requiert un élément de «special care». Il est essentiel néanmoins qu'on réponde aux besoins sociaux de ces personnes de façon adéquate, autrement elles pourraient souffrir de l'inactivité et de la négligence de façon plus importante que dans une institution.

Familles d'accueil (supervised lodgings)

Deux types de familles d'accueil existent: 1) ou bien un pensionnaire vit de façon plus ou moins indépendante dans une chambre louée, 2) ou bien il vit à l'intérieur de la famille. Dans les deux cas, le support assuré aux propriétaires est essentiel. La nourriture est généralement apportée de l'extérieur par les travailleurs sociaux. Des exemples reconnus de ce type d'accommodation existent à Salisbury et à Hampshire. Le coût en est élevé mais des subsides de l'État sont disponibles.

Maisons de repos

Les maisons de repos sont indiquées pour les gens qui ont besoin davantage de soins que la moyenne, à cause d'un âge avancé, de handicap physique ou mental additionnel ou de maladie mentale nécessitant des soins infirmiers. Le coût en est relativement élevé aussi mais des subsides des services sociaux ou de la Sécurité sociale devraient être disponibles.

Appartements et garçonnières (Flats and Bedsits)

Groupés ensemble dans un édifice avec espace commun, les appartements et garçonnières peuvent fournir un hébergement protégé pour jeunes vulnérables qui visent à devenir tout à fait indépendants.

Foyer de groupe (Group homes)

Maison ordinaire, sans personnel-occupant, où un groupe de personnes partagent une vie commune. Les foyers de groupe ont généralement le support de bénévoles ou de professionnels qui les visitent. Ils ont été expérimentés depuis plus de quinze ans et trouvés particulièrement utiles pour les personnes plus âgées qui désirent une maison sécure et stable où elles peuvent se faire des racines. Les personnalités à l'intérieur du groupe doivent être compatibles et le groupe doit de plus être autosuffisant. Il y a partage de tâches entre les membres de la maisonnée et si un membre est plus handicapé que les autres et semble avoir peu à offrir, il est important que le groupe se situe par rapport à cela et décide s'il veut ou non assumer la responsabilité de cette personne. Également, si quelqu'un quitte et doit être remplacé, les autres occupants doivent avoir le choix du nouveau venu.

Ce type d'hébergement a été moins utilisé pour les jeunes qui, eux, ont des aspirations différentes et recherchent une indépendance

de plus en plus grande. Ils préfèrent plutôt un style d'appartements supervisés avec salle commune où ils peuvent se réunir. Cependant, les jeunes les plus handicapés peuvent être aidés dans des foyers de groupe à condition d'avoir un très haut niveau de supervision. Une expérience de ce type se déroule à l'hôpital Knowle, avec la collaboration de la Stonham Housing Association, où on emploie une aide ménagère 20 heures par semaine et une infirmière de l'équipe de réadaptation qui passe également 20 heures par semaine avec les bénéficiaires pour continuer leurs programmes de réadaptation à domicile. En cas d'urgence, l'équipe de réadaptation peut en tout temps être rejointe par téléphone.

3.4 Liens santé-social: travail d'équipe et relations étroites entre professionnels et non-professionnels

Perçues comme idéales et essentielles au fonctionnement du système, ces relations étroites entre différentes équipes de professionnels et entre professionnels et non-professionnels sont très difficiles à réaliser dans la pratique. Malgré des progrès significatifs, des obstacles à la création de liens effectifs demeurent à différents niveaux, que ce soit au niveau des structures, des attitudes des professionnels ou de la disponibilité des ressources. Une liaison de fait est difficile à atteindre à cause, en partie, des différences de structures entre les services de santé et les services sociaux, à cause également des différentes professions qui ont des perspectives différentes sur les causes et le traitement des problèmes et parce que chacune des parties a à comprendre les tâches des autres.

3.4.1 Niveaux de coordination prônés par le système

Les premières constatations officielles du besoin de relier les services de santé et les services sociaux se retrouvent dans deux documents du gouvernement central publiés en 1962 et 1963. Ils tiraient leur origine des implications de l'engagement pris envers le COMMUNITY CARE. On a alors reconnu que les décisions politiques prises par un service affectaient les capacités de service de l'autre et, ensuite, que les structures organisationnelles, si elles étaient inadéquates, pouvaient renforcer une distribution de services fragmentée et inéquitable.

Durant les années 70, plusieurs politiques ont eu comme résultat de transférer de lieux de soins certains groupes de clients du secteur santé vers le secteur des services sociaux. Ces politiques ont aidé à trouver des consensus sur les priorités d'intervention dans les deux types de services. Le besoin de ce consensus était particuliè-

rement évident par rapport aux personnes âgées vulnérables et aux personnes handicapées qui, pour satisfaire leurs besoins, devaient avoir recours aux deux types de services. De la même façon, si ces deux types de clientèles devaient être aidés pour continuer à vivre à domicile, un système rationnel de support devait combiner les services de jour et les services à domicile des services sociaux avec les activités des équipes de première ligne des médecins généralistes, les visiteurs de santé et les infirmières communautaires.

Le développement d'une collaboration efficace entre les services a été une préoccupation de plus en plus importante pour le gouvernement central depuis 1972, quand on a établi un groupe de travail (task force) pour examiner les enjeux et faire des recommandations. Les initiatives dans ce domaine sont devenues plus faciles lorsqu'à la suite du rapport Seebohm, les responsabilités du gouvernement central ont été réaménagées. C'est ainsi qu'on a créé le Department of Health and Social Security qui absorbait, à la fois, les responsabilités de l'ancien ministère de la Santé et une partie du travail des autres départements centraux (entre autres le Home Office) qui avaient la responsabilité de la distribution des services sociaux des autorités locales. Un document de travail majeur a été publié en 1978 par le Central Health Services Council et le Personal Social Services Council (les deux conseils étant aviseurs au secrétariat d'État) sur la collaboration au niveau du COMMUNITY CARE.

De plus, le Department of Health and Social Security (DHSS) a émis une série de rapports et de directives sur les besoins de groupes spécifiques de clients, mettant l'accent sur l'importance de la collaboration interservice et interprofessionnelle pour les handicapés intellectuels (1971), les malades mentaux (1975), les enfants battus (1974) et les personnes âgées. Pour les personnes âgées, le contenu de la collaboration dépassait les professions médicales et de service social pour inclure les politiques d'hébergement et des pensions.

3.4.2 Succès de la coordination

Jusqu'à maintenant (1982), les succès peuvent être considérés à deux niveaux:

1) au niveau des stratégies de planification et de financement;
2) au niveau des procédures de coordination au jour le jour.

a) Stratégies de planification et de financement

Le document de 1971 reconnaissait qu'une unification administrative des services ne serait pas faisable à cause de contraintes poli-

tiques, financières, professionnelles et administratives. En conséquence, en 1973, le groupe de travail sur la collaboration recommandait que le service de santé et les autorités locales (services sociaux) établissent des Joint Consultative Committees au niveau du comté. Ces comités avaient la responsabilité de développer des stratégies générales qui allaient présider à l'établissement de priorités de travail de collaboration à l'intérieur des deux services. Afin de faciliter leur travail, ils reçoivent les avis des Joint Care Planning Teams qui ont été créées en réponse aux circulaires du DHSS publiées en 1976 et 1977. Ces équipes sont composées de fonctionnaires (officers) qui viennent des autorités de secteur de la santé et de leur équivalent au niveau des autorités locales (services sociaux). Les autorités locales de santé ont une responsabilité majeure pour faciliter la planification conjointe avec les autorités locales (services sociaux); à cette fin, un tiers des membres sont nommés par le gouvernement local.

Les mêmes circulaires du DHSS créent un système de financement conjoint, de l'ordre de 40 millions de livres (80 millions $ environ) par année, pour inciter à poursuivre la stratégie du COMMUNITY CARE de préférence au service institutionnel, particulièrement pour les personnes âgées et les handicapés mentaux. Le financement conjoint peut être utilisé pour des dépenses de capital et pour des «revenue expenditures» comme une solution de rechange à l'utilisation des lits d'hôpitaux ou autre type de service à partir de l'hôpital.

b) Procédures de coordination au jour le jour

Indépendamment de ces mesures pour améliorer la planification stratégique, la qualité des services dépend des professionnels impliqués. Et ceci se fait tant au niveau multidisciplinaire qu'interdisciplinaire. Dans le premier cas, il s'agit de la valeur potentielle de discussions entre professionnels pour en arriver à un modèle cohérent de services alors que dans le second cas, on reconnaît la diversité des expertises professionnelles et on cherche à adopter une approche plus flexible à l'allocation et la division des tâches.

1) Le travail d'équipe

— Travailleur social attaché aux hôpitaux psychiatriques ou aux unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux;
— Travailleur social rattaché à certains médecins généralistes;
— Partage de tâches entre «health visitors», infirmières communautaires et infirmières psychiatriques communautaires (ex.: système de support à domicile fourni par l'équipe de première ligne avec la collaboration de...);

— Au niveau des centres de jour, les médecins peuvent être consultés;
— Certains aspects du travail d'équipe sont requis par la législation. Dans le Mental Health Act de 1959, certaines procédures conduisant à des admissions involontaires exigent que le travailleur social (appelé pour cette fin Mental Welfare Officer - MWO) recommande et négocie l'admission à l'hôpital sur avis médical. Ceci requiert fréquemment une visite à domicile conjointe du médecin et du travailleur social pour la prise de décision.

2) Conférences de cas interprofessionnelles

Ces conférences de cas sont considérées en médecine et en service social comme une «bonne pratique». En général, elles sont initiées plus souvent par les travailleurs sociaux que par les médecins.

3) Références entre services

Il est vrai que beaucoup de patients voient le médecin de famille comme la personne la plus appropriée à qui raconter ses problèmes personnels.

Cependant, la réorganisation majeure des services sociaux a empêché les médecins généralistes de référer aux services sociaux à cause de l'incertitude de fonctions et de structures des nouveaux départements unifiés et à cause de l'absence de connaissance personnalisée des travailleurs sociaux disponibles.

Le rattachement de plus en plus fréquent de travailleurs sociaux aux équipes de première ligne pourra peut-être résoudre cette difficulté et encourager une utilisation plus grande des travailleurs sociaux dans des formes plus complexes et soutenues d'intervention de «casework». Il est certain qu'à ce jour, une liaison et des références efficaces sont plus faciles à accomplir à l'intérieur de l'hôpital que dans la communauté.

3.4.3 Obstacles à une liaison efficace

En dépit des succès, des problèmes demeurent:

1) Au niveau des structures, les services sont gérés par des autorités différentes, occupent des locaux différents et ne sont pas sur les mêmes territoires géographiques. Les réorganisations dans chacun des services se sont faites de façon indépendante les unes des autres:

- le niveau de «district» du service de santé n'est équivalent à aucune entité géographique à l'intérieur des services sociaux,

ce qui fait qu'il est plus facile d'avoir une collaboration formelle au niveau du comté qu'à un niveau plus local;

- malgré le développement de modes de financement conjoints pour certains groupes d'usagers, dans la plus grande partie du travail avec le bénéficiaire, les responsabilités professionnelles demeurent financièrement divisées.

Par exemple, le service de santé et les services sociaux locaux ont développé chacun des formes de services d'hébergement. Cependant, on arrive rarement à différencier de façon claire les critères d'admission entre les services et, d'autre part, les listes d'attente sont rarement combinées.

2) Au niveau du financement, à une époque de contrainte économique, les départements tendent à se replier sur eux-mêmes. En conséquence, même si un financement conjoint représente un pas important pour minimiser la complexité créée par deux systèmes complètement différents de financement des services (impôts d'un côté et contributions foncières de l'autre), les autorités locales (services sociaux) sont de plus en plus prudentes au niveau de son utilisation. En effet, le financement conjoint n'est pas récurrent et dans l'avenir, les autorités locales peuvent avoir à payer. Cette anxiété augmente dans les secteurs où le contrôle politique est sujet à changement lors d'élections locales. À très court terme, un département de service social peut trouver ses ressources augmentées ou diminuées de façon arbitraire à cause de changements dans les politiques locales sur les dépenses publiques. Même si ceci s'applique également au Service de santé nationale qui doit subir les changements de politique du gouvernement central, la grandeur du service et la force politique de son lobby professionnel signifient que les réductions sont absorbées par un plus grand nombre et ont moins d'impact au niveau local.

3) En outre, dans le travail des Joint Care Planning Teams établies en 1976, un autre type de problème structurel est devenu apparent. Les services de santé sont souvent basés sur l'allocation de lits à des groupes spécifiques de maladie; la spécialisation à l'intérieur de la médecine a la même base. En service social, depuis 1971, ce type de spécialisation a été remplacé en partie par une spécialisation par méthodes («casework, group work, community work»). Ceci implique que la qualité et les dimensions de l'évaluation des besoins diffèrent considérablement à l'intérieur des deux professions. Le médecin peut croire que le travailleur social n'a pas une compréhension suffisante des besoins d'un individu. Le travailleur social, lui, peut penser que l'évaluation médicale n'a pas une compréhension assez large des enjeux contextuels dans un cas individuel.

4) Les différences de statut professionnel et d'attitudes peuvent aussi empêcher la coopération. Les médecins demeurent des contractuels indépendants à l'intérieur du service de santé. Leur pouvoir et leur marge de manœuvre sont considérables. Les travailleurs sociaux sont essentiellement des employés du gouvernement local à qui certaines responsabilités appartenant légalement aux autorités locales ont été déléguées. Le pouvoir du travailleur social est moins lié à son expertise professionnelle qu'à sa position hiérarchique dans une structure bureaucratique.

5) Les deux professions ont aussi différents points de départ dans l'évaluation du besoin. Le médecin fait un diagnostic d'expert et prescrit unilatéralement le traitement. Pour sa part, le travailleur social est intéressé au «bien-être» du patient, ce qui soulève chez lui des questions complexes sur la nature de l'expertise. Pour le médecin, un travailleur social semble incapable de prendre des décisions alors qu'à l'inverse, pour le travailleur social, le médecin apparaît dogmatique. Cet écart professionnel est accentué par les différences dans l'importance des «caseloads» et par celles qui s'en suivent en regard de la rapidité des interventions porfessionnelles: un médecin généraliste est responsable en moyenne de 2 500 patients et un travailleur social, de 35 clients.

6) Les différences d'âge peuvent aussi influencer la relation professionnelle. Un médecin généraliste peut être de toute catégorie d'âge et la pratique générale est considérée comme une spécialité respectée à l'intérieur de la médecine. Les travailleurs sociaux rendant les services directs sont souvent par contre relativement jeunes, en partie à cause du mouvement rapide de personnel plus âgé dans des postes administratifs à la suite de la réorganisation des derniers dix ans. Les travailleurs sociaux trouvent parfois les médecins inabordables simplement à cause de la différence d'âge et d'expérience.

Lié à ça et à d'autres différences de statut professionnel, le droit d'une profession de remettre en question les opinions de l'autre est à sens unique. Ceci est particulièrement évident au niveau de l'admission des patients dans les hôpitaux psychiatriques: quoi que la décision finale appartienne légalement aux travailleurs sociaux, ceux-ci ont besoin de beaucoup de confiance en eux et de courage moral (indépendamment de la validité sociale de leurs opinions) pour contester les affirmations d'un psychiatre.

7) Enfin, les tâches des professions se terminent en des points différents. Un médecin donne congé de l'hôpital à une personne qui a terminé son traitement médical indépendamment des conséquences sociales de ce congé, ce qui augmente les pressions sur les ser-

vices à domicile des autorités locales. À l'inverse, des patients psychiatriques demeurent plus longtemps à l'hôpital à cause de l'absence de ressources intermédiaires chez les autorités locales. Une fois encore, différentes perceptions professionnelles des responsabilités conjointes peuvent faire obstacle à la coopération. Il est difficile de mesurer la performance des services en référence à leurs responsabilités communes quand les objectifs n'ont pas été définis de façon conjointe. Ce qui est interprété comme une demande de service peut devenir plus fonction de la disponibilité limitée de l'aide que de l'expérience du besoin. Une bonne volonté potentielle entre professionnels s'éteint à cause de l'absence de directives adéquates sur la performance de leurs tâches réciproques.

Une étude récente (Sainsbury, 1982) a comparé les perceptions qu'ont les uns des autres: celles des travailleurs sociaux au niveau local, celles des médecins généralistes et celles des équipes psychiatriques, toujours en référant aux services de santé-maladie mentale.

On s'entend sur les points suivants:

— tous font la distinction entre réaction à une situation stressante et maladie mentale. En général, les médecins généralistes ne réfèrent au psychiatre que les psychotiques, mais certains réfèrent aussi les névrotiques;
— tous sont d'accord avec le concept de COMMUNITY CARE mais s'inquiètent du fardeau sur la famille;
— tous se plaignent du petit nombre et de la qualité des ressources communautaires.

Opinion du médecin généraliste

Le généraliste parle du besoin de réadaptation sociale plutôt que de services psychiatriques de secteur, sans toutefois faire le lien entre réadaptation sociale et services sociaux.

Il a, en général, une piètre opinion des services sociaux (ce qui est réciproque) et y réfère uniquement pour des services concrets, jamais pour assumer un élément du traitement. Services concrets signifient services à domicile mais jamais Centre de jour. On note une détérioration du service depuis 1971 avec la perte de connaissances spécialisées et de liens personnalisés.

Les services sont donc moins accessibles et plus dispersés.

On souhaite donc:

— une amélioration des communications;
— une intervention de crise en dehors des heures régulières;

— une réponse plus rapide aux références;
— des travailleurs plus expérimentés et mieux formés. On parle d'immaturité personnelle et de manque de coopération lorsqu'on parle des travailleurs sociaux actuels. On se plaint aussi de différences idéologiques et de la lourdeur de la bureaucratie.

À toute fin pratique, on ne reconnaît au travailleur social aucun rôle utile dans le moment présent. Idéalement toutefois, on souhaiterait qu'il s'intéresse à:

— la mobilisation de ressources de toutes sortes;
— rendre des services concrets;
— offrir un support émotif compétent;
— faire des évaluations élaborées de besoins dans un nombre limité de cas.

Le seul temps où on est relativement satisfait, c'est lorsque le travailleur social est rattaché à l'équipe de première ligne.

Une autre source de satisfaction est la façon dont il remplit son rôle de MWO (contrairement à l'opinion du travailleur social lui-même ou à celle du psychiatre).

Quant aux services pour les malades mentaux, on croit que:

— l'orientation générale de la Loi de 1959 est adéquate mais mal implantée;
— avoir besoin de plus de lits et d'une meilleure coordination avec les services spécialisés;
— l'accent doit être mis sur les ressources sociales plutôt que médicales;
— le travailleur social du secteur a peur de faire des évaluations avec le malade mental;
— il faut plus d'infirmières psychiatriques communautaires;
— le travailleur social devrait être rattaché à l'équipe de première ligne;
— la formation des généralistes devrait être améliorée en ce qui a trait à la clientèle psychiatrique;
— on devrait pouvoir bénéficier d'une période d'observation plus prolongée avant d'offrir un traitement.

Enfin,

— on se réjouit de la contribution des visiteurs de santé et des infirmières communautaires;

— on apprécie la contribution du secteur privé, particulièrement à l'égard de celui qui est socialement isolé, mais on demande une mobilisation et une affectation plus efficace du secteur privé;
— on est positif vis-à-vis du personnel des ressources d'hébergement du secteur santé, du clergé et de la police.

Opinion des services sociaux

Les travailleurs sociaux ont une piètre opinion des généralistes qu'ils perçoivent comme autoritaires à l'égard des clients, distants, supérieurs, occupés.

Ils pensent que les généralistes comprennent mal les problèmes de santé mentale et le rôle des travailleurs sociaux, qu'ils font appel à la psychiatrie en dernier ressort et trop tard.

Les travailleurs sociaux n'osent pas assumer un rôle de liaison entre le client dans la communauté et l'hôpital et sont anxieux face à leur rôle comme MWO, qu'ils jouent en dernier recours seulement.

Ils se rendent compte du peu de priorité accordé à la maladie mentale par les départements de services sociaux et ils s'en plaignent.

Opinion des psychiatres

Les psychiatres sont en conflit avec les MWO. Pour eux, les travailleurs sociaux mettent l'accent sur les droits civils et démontrent une attitude hostile antipsychiatrique (refusent l'admission involontaire), nient le fait que les psychiatres veulent, eux aussi, prévenir les hospitalisations, ignorent les réalités pratiques telles le manque de lits et facilitent les admissions volontaires.

La perte d'expertise accumulée fait que les travailleurs sociaux ne respectent pas le jugement clinique. Ceux-ci perçoivent néanmoins de façon correcte l'absence de priorité donnée par les départements de services sociaux à la maladie mentale.

Les psychiatres trouvent difficile de référer aux services sociaux à cause de la rotation du personnel et de la perte de l'expertise; ils se plaignent du refus des travailleurs sociaux du secteur d'offrir du support au patient et à sa famille durant le processus informel d'admission.

Ils souhaitent la présence du travailleur social en milieu hospitalier pour des raisons d'accessibilité et pour une meilleure liaison avec le travailleur social du secteur. En pratique, il y a rivalité entre les deux types de travailleurs sociaux, ce qui augmente les difficultés pour référer des cas. En théorie, on trouve le travailleur social du secteur en meilleure position pour offrir le COMMUNITY CARE. En pratique,

les rôles entre les deux types de travailleurs sociaux demeurent imprécis.

Les psychiatres formulent donc les souhaits suivants:

— que le travailleur social du secteur se rende à l'hôpital pour les conférences de cas;
— que des évaluations conjointes se fassent;
— que les travailleurs sociaux soient mieux formés;
— qu'il y ait clarification des rôles entre les deux types de travailleurs sociaux;
— qu'il y ait consultation entre le MWO et le travailleur social de l'hôpital.

En pratique, les psychiatres finissent par développer des contacts personnels et leurs critères de référence en conséquence.

3.5 Liens avec les bénévoles et les organismes sans but lucratif

Tel que mentionné au chapitre premier, on admet généralement, qu'exception faite des États-Unis, la Grande-Bretagne a le mouvement privé de santé mentale le plus grand, le plus centralisé et le mieux coordonné du monde, avec l'éventail le plus large d'activités.

Dans le présent chapitre, nous ne parlerons que de sa contribution au niveau des services directs et de ses modes d'intégration avec les services publics du district, tels que prônés par le livre blanc.

Les services directs

a) Services d'hébergement

En mars 1974, les organismes sans but lucratif fournissait à peu près 30 pour cent des services d'hébergement et des HOSTELS pour les malades mentaux. On s'attendait à ce que ce nombre diminue à mesure que les services sociaux assumeraient cette responsabilité. Paradoxalement, savoir que des organismes privés peuvent développer de telles ressources diminue la motivation des services sociaux à le faire.

On ne prévoit cependant pas la disparition de la contribution du secteur privé dans ce domaine. On les voit à l'avant-garde du développement de nouvelles formes de services, en particulier pour des clientèles spécifiques comme les alcooliques ou les drogués, ou encore en fournissant abri, support et réadaptation pour les itinérants.

Avec les difficultés des services sociaux à implanter des ressources pour des services essentiels, le secteur privé pourrait se déve-

lopper encore plus dans une nouvelle forme de «partnership» avec le secteur public.

Présentement, le secteur public fournit le financement et une certaine forme de support aux ressources mises en place par le secteur privé.

b) Centres de jour

En mars 1974, 15 pour cent des places en centres de jour étaient créées par le secteur privé.

Dans les centres de jour du secteur public, les bénévoles ont une contribution importante à faire au niveau de la planification et de l'organisation de ces services.

Les services de support

Que ce soit à l'hôpital ou dans la communauté, le bénévole sert d'ami au patient et l'encourage à participer à des activités sociales. Il peut aussi aider à maintenir le contact avec parents et amis en fournissant des moyens de transport et des services de gardiennes.

Travail avec les équipes de psychiatrie communautaire

En mars 1978, le Collège royal des psychiatres, le King's Fund Center et le Centre de bénévolat ont organisé un colloque sur le sujet et ont défini le bénévole comme une nouvelle ressource dans l'équipe psychiatrique en rejetant l'idée du bénévole comme personne-ressource pour l'équipe. En fait, ils ont insisté pour voir le bénévole comme un membre de l'équipe.

Les bénévoles, tout comme l'équipe, apprennent actuellement à travailler dans la communauté plutôt qu'à l'intérieur de l'institution.

Travail avec l'équipe de première ligne

En 1981, il y avait trois équipes ayant un membre payé du personnel pour travailler comme coordonnateur du service privé. Le point de départ a été dans le secteur rural de Norfolk Nord, avec les personnes âgées vulnérables. Ce travail a permis de réduire le nombre d'admissions à l'hôpital et de donner la possibilité à des personnes de mourir à domicile avec dignité et support. Dans ce programme, les bénévoles n'étaient pas perçus comme une extension du «nursing», mais comme un substitut de la famille élargie.

Sandy Duncan définit le service privé comme celui qui fait le pont entre l'institution et la communauté et à ce titre, qui a un pied dans l'institution et un pied dans la communauté.

Et elle ajoute;

«But if voluntary service is to be a bridge between the institution and the community, then it is like any other bridge – is has to be properly designed, soundly constructed and constantly maintained. In other words it may be a lon *cost bridge but it is not a no cost bridge. When these needs are met then the bridge will bear the weight of traffic as more and more people pass over to community care.»*

3.6 Mécanismes de soutien au logement et à l'emploi

Logement

Local Housing Authorities et Social Services Authorities devraient collaborer pour fournir à eux deux une diversité de types d'hébergement depuis les «résidences», avec beaucoup de personnel, jusqu'au simple «council house», avec support occasionnel du service social.

Selon le Housing Act de 1974, les autorités locales et les associations de logement peuvent recevoir, pour des «résidences», le même type de subventions et de subsides que pour les autres formes de logement. La plus grande sécurité (security of tenure) que le Rent Act de 1974 donne aux locataires vivant en appartements meublés aide considérablement les personnes vulnérables qui y vivent.

Les Housing Aid Centers, qu'ils soient gérés par les autorités locales ou de façon privée, peuvent aider les gens qui vivent seuls à se trouver un endroit où loger.

Les Housing Authorities peuvent offrir des facilités d'hypothèques aux associations de logement qui veulent planifier un type de logement où il y a quelqu'un pour s'occuper des locataires.

D'autres formules pour aider à résoudre le problème des sans-logis vivant seuls se retrouvent dans la Joint Circular from the Department of the Environment and the Department of Health and Social Security on Homelessness (DOE Circular 18/74), par exemple la nécessité de supprimer la défense faite à ceux qui habitent une «council house» d'avoir un pensionnaire.

Dans la question du logement, il faut aussi tenir compte du fait qu'un ex-patient psychiatrique s'identifiera parfois plus à la communauté autour de l'hôpital qu'à son milieu d'origine; les autorités locales doivent être flexibles à ce sujet.

Emploi

Les unités de thérapie industrielle dans les hôpitaux et les centres de jour des départements de services sociaux sont des endroits

spécialisés qui ne devraient être utilisés qu'en dernier ressort. En général, les personnes souffrant de maladie mentale devraient employer les services génériques du Department of Employment et de la Manpower Services Commission. Ces services incluent les Employment Rehabilitation Centers, les Skills Centers qui sont des centres de formation, l'emploi protégé et le Disablement Resettlement Service.

Ces services ont été révisés au milieu des années 70 et la planification qui en découle a été rendue possible par la Commission's Employment Service Agency and Training Services Agency, en 1974. En voici les éléments principaux.

Le DRO Service

Le Disablement Resettlement Officer (DRO) est la personne clé pour aider et aviser le personnel des centres de jour, des unités psychiatriques, sur les capacités d'emploi de leurs patients. Il doit aussi prendre en charge l'admission aux cours d'entraînement au travail, choisir le type d'emploi et s'occuper de la préparation des employeurs à recevoir le patient.

Réadaptation à l'emploi

Cette fonction est assumée dans les centres de réadaptation à l'emploi gérés par la Employment Service Agency et dans les ateliers dirigés par d'autres organisations.

Entraînement au travail (Vocational Training)

Le Manpower Services Commission, par l'intermédiaire de la Training Services Agency, offre un large éventail de cours. Pour ceux qui en ont besoin, un entraînement est donné en internat par quatre collèges gérés par des organisations privées, avec un support financier de l'agence.

Emploi protégé

La question de l'emploi protégé est présentement en révision. À ce jour, son rôle reconnu est de fournir de l'emploi de longue durée à des gens qui ont une incapacité plus ou moins permanente.

À titre d'expérience, un certain nombre de DRO ont été localisés dans les hôpitaux à vocation psychiatrique en espérant, qu'ainsi, les patients pourront commencer un entraînement au travail plus tôt et pourront être référés à un moment plus approprié. Cette expérience semble être relativement un succès.

Deux comités consultatifs étudient présentement la question de la réadaptation à l'emploi des patients psychiatriques. Le Employment Medical Advisory Service du Health and Safety Executive le fait du point de vue des aspects médicaux, étudiant particulièrement les conditions de travail qui peuvent servir de facteur précipitant à la maladie mentale et aussi la façon d'identifier et de prévenir les situations stressantes.

Quant au National Advisory Council on the Employment of Disabled People, il s'est donné comme priorité, dans les années à venir, de s'intéresser au problème de reclassement à l'emploi des malades mentaux.

4. La réalité de l'intégration au niveau du district

4.1 Un modèle médical ouvert sur le social: les pionniers de Camberwell[1]

La période des pionniers de Camberwell fut colorée par le leadership du Dr Bennett, psychiatre-clinicien au Bethleem Royal et Maudsley Hospital de Londres et celui du Dr Wing, psychiatre-chercheur à l'unité de recherche de psychiatrie sociale du Medical Research Council de Londres[2].

Bennett et Wind franchirent le pas entre l'énoncé «l'établissement de cliniques externes et d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux amènera la fermeture des asiles» et l'affirmation voulant que «le remplacement des asiles requiert non seulement le développement d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux mais, en plus, la création dans chaque district d'un réseau de services sociaux et d'autres mesures d'aide».

Avant 1960

Au début des années 60 dans Camberwell, un district de 172 000 habitants, seulement 41 des patients de courte durée étaient hospitalisés à l'hôpital général contre 110 à l'asile; des patients de longue durée, 406 étaient à l'asile contre deux à l'hôpital général. L'hôpital général n'avait pas de secteur et ce n'est qu'à partir de 1970 que l'hôpital général accepta la responsabilité du district de Camberwell. Au début des années 60, il y avait peu de services communautaires dans le secteur: aucun «hostel» ni centre de jour, quoi qu'il y avait

1. Camberwell est un quartier ouvrier du sud de la ville de Londres.
2. Il est intéressant de noter que c'est à partir de l'interaction constante d'un clinicien et d'un chercheur que ce modèle de service s'est développé.

deux clubs sociaux. Il y existait par contre des travailleurs sociaux psychiatriques mais peu de travailleurs sociaux dans la communauté.

En cas d'échec du traitement, les patients étaient envoyés à l'asile (Cane Hill Mental Hospital) parce que l'hôpital général n'avait ni l'espace ni l'expertise pour faire de la réadaptation.

Réadaptation

À partir de 1967, un centre d'entraînement au travail (Vocational Resettlement Unit [VRU]) d'une capacité de 40 patients fut créé sur le site de l'hôpital général. On ouvre aussi un peu plus tard une unité d'évaluation des aptitudes au travail, dirigée par des ergothérapeutes (occupational therapists). Le patient est alors, soit dirigé directement sur le marché du travail, soit référé à l'hôpital de jour où il recevra une préparation plus poussée pour être, par la suite, réévalué. S'il n'a pas un potentiel d'emploi, on le dirige vers un centre de jour, et s'il est jugé comme pouvant éventuellement travailler, il est transféré au VRU pour un entraînement plus poussé et une autre évaluation de ses capacités de travail.

Les résultats de ce type de réadaptation furent évalués en 1972 et ont été très désappointants, en ce sens qu'ils sont apparus inférieurs à ceux de l'asile, pour des patients comparables. Ils permirent cependant de réaliser qu'on n'avait pas compris l'influence de la famille sur la réadaptation des patients de jour. Il fallut alors développer une approche familiale à la réadaptation (approche et non-thérapie).

Le maintien de patients psychiatriques dans la communauté amène un changement de conception de la réadaptation et la création de ressources communautaires.

Dans l'asile, la réadaptation avait été un processus de réactivation des patients de longue durée, avec l'objectif de les réinsérer dans la communauté. En conséquence, la «réadaptation» était souvent confondue avec la «réinsertion dans la communauté» ou «retour au travail», et on parlait de sélection de patients «suitable for readaptation».

Si on ferme l'asile, tous les patients chroniques doivent alors être réadaptés. Il ne doit pas y avoir de sélection. De plus, «réinsertion dans la communauté» ou «retour au travail» ne sont plus les seuls buts. L'objectif est plutôt de procurer le plus haut niveau d'adaptation possible pour la personne handicapée (disabled). Pour certains, l'objectif est une amélioration «in self-care» et «self-maintenance»; pour d'autres, c'est d'apprendre à vivre à domicile et à être intégré comme invalide. Dans tout service de réadaptation communautaire bien orga-

nisé, les patients ayant les incapacités les plus grandes devraient être capables de vivre comme patients de longue durée dans la communauté et très peu devraient être hospitalisés en permanence.

Ces patients fonctionnent à des niveaux différents. Plusieurs sont capables de s'adapter dans le sens où l'adaptation requiert non seulement d'une personne qu'elle soit indépendante et capable d'être au niveau des attentes de la société, mais encore qu'elle devrait être capable d'imposer sa propre direction aux événements et d'avoir un certain niveau de responsabilité avec les autres.

Quelques patients sont capables de s'adapter à la vie en société uniquement dans le sens où ils peuvent rencontrer les attentes de la société tout en étant incapables de façonner les événements ou de se rendre responsables des autres. Ceux qui ont les incapacités les plus grandes ne peuvent se procurer eux-mêmes l'abri et le support dont ils ont besoin, ni faire grand-chose pour aider les autres. Pour eux, les fonctions asilaires assumées au niveau du district leur permettent de s'adapter à la vie dans la communauté.

Les services communautaires

Tandis que les personnes handicapées physiquement ont de la difficulté à accomplir des tâches dans le monde physique, les personnes handicapées au niveau psychiatrique ont de la difficulté à remplir des rôles sociaux dans la communauté. Les situations sociales, contrairement aux environnements physiques, sont très peu stables et, en conséquence, les personnes ayant des incapacités de nature psychiatrique ont besoin de support pour affronter les stress de la vie. Ce support peut être le support naturel de la famille, des amis ou des compagnons de travail ou il peut être fourni de façon artificielle par des travailleurs sociaux, des psychiatres ou des infirmières. Ceux qui peuvent s'adapter vont le plus vraisemblablement trouver un support naturel dans le mariage et l'amitié alors que ceux qui ont les incapacités les plus prononcées ont besoin du support de l'hôpital et de contacts avec les travailleurs sociaux ou les infirmières. Le soutien est aussi fourni dans les centres de jour qui offrent un support social et d'occupation auquel les patients dont les incapacités sont trop grandes peuvent participer de façon quotidienne. Là, ils peuvent structurer leur temps, partager des activités sociales, obtenir l'appui du personnel et des autres patients et soulager leur famille. Dans le district de Camberwell, il existe présentement trois centres de jour pour malades mentaux, qui comptent cinquante-cinq (55) patients de ce district. Il y a aussi deux ateliers protégés dans le secteur.

Les patients ont aussi besoin d'hébergement protégé. Une association de logements (Housing Association) fournit des «bedsitting rooms» pour les patients à qui cela convient dans trois maisons et un logement, alors que deux autres organisations privées fournissent un «hostel accomodation» pour les hommes et les femmes ayant des incapacités chroniques. Plus récemment, plusieurs appartements pour personnes seules, pas nécessairement malades mentaux, sont devenus disponibles et conviennent aux ex-patients ayant des incapacités moins grandes. Il y a aussi deux foyers de groupe dans lesquels des anciens patients de l'asile se sont établis.

À côté de ces ressources principales existent, notamment, un centre communautaire pour drogués, un centre de réadaptation et un lieu d'hébergement pour les alcooliques ainsi qu'un service de réadaptation très particulier pour épileptiques ayant des troubles mentaux.

Effets sur l'asile

Les développements dont nous venons de parler se sont faits à la pièce. À mesure que le district a évolué, son influence s'est fait sentir sur les admissions aux différents hôpitaux. L'objectif n'était pas de sortir les patients de l'asile mais d'empêcher les admissions en procurant des solutions intermédiaires ou de rechange.

Changements requis des hôpitaux

Les statistiques démontrent l'émergence d'un nouveau groupe de chroniques chez qui on ne pouvait prévenir le développement d'incapacités. Il fallut alors penser à des changements encore plus radicaux, dont l'un fut la création, sur les terrains de l'hôpital, d'une maison pour les plus chroniques (Hostel Ward), et l'autre la transformation de l'hôpital de jour en District Service Center.

Hostel Ward

Il s'agit d'un lieu d'hébergement pour individus très handicapés et dépendants qui ont besoin d'un ratio personnel/patients très élevé, même si ce département est localisé dans une maison. Cet «Hostel Ward» fonctionne comme un hébergement protégé au niveau des attentes qu'il a sur le plan du fonctionnement de ses patients et de son insistance sur la responsabilité qu'ils doivent prendre pour leur propre «self-care» et «maintenance». Il fonctionne comme un département interne en termes de haut niveau de personnel infirmier et de standard de soins. Un psychiatre a la responsabilité d'ensemble

alors que le personnel infirmier et un psychologue clinique établissent et appliquent les programmes individualisés de réadaptation et de soins.

District Service Center

Cette unité expérimentale vise à remplacer l'unité interne et le centre de jour. Son objectif est de répondre aux besoins des nouveaux chroniques. L'unité est un très grand hôpital de jour avec lits et cherche à rendre l'individu capable, qu'il soit patient de jour ou interne ou externe, d'être traité par la même équipe, offrant ainsi une continuité de soins sur une longue période. Il y a 80 places pour les patients de jour et 34 lits; il n'y a pas de lits désignés spécialement pour les hommes ou les femmes et les patients internes et de jour partagent les mêmes espaces d'occupation et de récréation et la même cafétéria. Les patients participent tous aux mêmes rencontres quotidiennes personnel/patients. Le centre est aussi conçu pour encourager les liens entre l'hôpital et les autres services du district.

Principes essentiels

1) La maladie mentale ne disparaît pas avec la fermeture des asiles. Des incapacités de nature psychiatrique persistent. Ces patients psychiatriques continuent d'avoir besoin d'aide, mais la reçoivent d'une façon nouvelle.
2) Même si les patients peuvent ne plus avoir besoin de l'asile, l'hôpital, lui, sera toujours nécessaire. Le COMMUNITY CARE est une solution de rechange aux soins hospitaliers, mais pas nécessairement un substitut. Les services communautaires et les services hospitaliers ne sont pas entièrement interchangeables: ils sont plutôt complémentaires.
3) Développer de nouvelles ressources et de nouveaux services n'est pas tout ce qui est fondamental. Un service est requis en effet pour l'évaluation des besoins des patients, de même qu'un système pour coordonner les services à l'intérieur d'un district apparaît également essentiel. Une équipe de traitement doit être responsable de maintenir le contact avec les individus ayant une incapacité chronique, peu importe le nombre de services exigés.

Un service hospitalier de support est fourni pour les patients qui ne peuvent s'adapter et pour qui la communauté assume réellement une fonction asilaire. Pour Camberwell, le système de support le plus développé est basé à St. Francis' Hospital, où les patients peuvent se présenter sans rendez-vous, pas seulement durant la semaine mais

durant les fins de semaine et en soirée. Un service personnalisé continu est alors fourni par un groupe d'infirmières travaillant ensemble au département. Le patient qui utilise ce service peut toujours trouver sur place quelqu'un qu'il connaît. Dans d'autres parties du pays, les services hospitaliers emploient des infirmières communautaires psychiatriques qui visitent les patients à domicile. Étant donné que les hôpitaux de Camberwell sont situés au milieu d'un district populeux et relativement compact, les infirmières visitent uniquement les patients considérés à risque et qui cessent de maintenir un contact avec le service.

Ce modèle, qui a évolué avec le temps, est le prototype de ce qui est prôné en Angleterre pour la réadaptation et il apparaît ainsi dans le livre blanc *Better Services for the Mentally Ill*, tout autant que dans l'enseignement universitaire.

4.2 Un modèle technocratique: le projet de développement de Worcester

Le modèle de Camberwell que nous venons de décrire est un modèle à leadership médical où l'hôpital occupe une place importante à l'intérieur des services communautaires du district et dans le développement de services d'hébergement, d'ateliers de travail, d'activités de réadaptation de jour, de même que dans la liaison avec les services sociaux et les organismes privés. La continuité est assurée par les équipes multidisciplinaires et l'hôpital est ouvert et accessible aux anciens patients. Les infirmières psychiatriques communautaires font rarement des visites à domicile et le médecin généraliste dispense uniquement les soins physiques. Le développement se fait d'abord pour les nouveaux chroniques puisque l'asile a fermé ses portes.

Ce modèle préconisé par le Gouvernement et explicité dans le livre blanc *Better Services for the Mentally Ill* est différent dans le sens qu'il assigne des responsabilités beaucoup plus grandes aux services sociaux dans le développement des services communautaires du district et qu'il présuppose un rôle plus important du médecin généraliste.

C'est afin de tester ce modèle que le projet de Worcester fut réalisé. Le vrai test était celui de la collaboration des hôpitaux et des services sociaux à l'intérieur d'un district donné. Puisqu'il s'agissait ici d'un prototype qui devait remplacer l'asile par un système communautaire complet, le Gouvernement y investit des fonds de l'ordre de plusieurs millions de livres sterling.

Ces fonds ont été votés:

— pour la construction d'un nouvel hôpital et l'implantation de services de jour pour la psychiatrie et la gériatrie;
— pour des services d'hébergement et de jour;
— et pour des dépenses corollaires.

Le développement hospitalier principal est à Newtown, en bordure de Worcester, où l'on offre un service interne (160 lits) et un service de jour (160 places). Des places de jour (20 chacune) sont aussi développées à Malvern et à Evesham, dans la campagne environnante.

Un autre hôpital général se trouve à Kidderminster, autre district un peu plus au nord , où une unité psychiatrique de 60 lits et 80 places de jour a été implantée.

Les développements au niveau des services sociaux concernent des «hostels», des centres de jour, des foyers de groupe, des appartements surveillés, une popote roulante (pour 250) et un service de buanderie. Ceux-ci fourniront environ 500 places d'hébergement et 300 places de jour pour malades mentaux et personnes âgées.

On croyait que ce projet, en opération en juin 1979, mènerait à la fermeture de l'asile en 1985. L'architecture de l'édifice de Newton est particulier. L'édifice ressemble à un labyrinthe à l'intérieur duquel se trouvent différents types d'arrangements selon la gravité de la maladie et où département et hôpital de jour sont séparés par un corridor pour donner un sens de progression de l'un à l'autre.

Présentement (octobre 1984), il demeure encore 160 patients à l'asile et une évaluation de l'ensemble du projet est en cours. La production du rapport est prévue pour 1986.

D'ores et déjà, il est visible que les relations santé-social ne sont pas aussi harmonieuses que prévues. Le directeur d'un centre de jour, géré par les services sociaux, nous a affirmé que la clientèle était surtout composée de personnes âgées et de personnes ayant une déficience intellectuelle. La clientèle psychiatrique fréquente plutôt l'hôpital de jour, à leur grand désappointement. Il se pose aussi des questions sur l'effet de l'architecture complexe sur les relations patients – personnel infirmier. Les orientations cliniques ne sont pas claires. De plus, on se demande si le fait d'avoir vidé presque entièrement l'asile est un succès réel ou si la clientèle ne s'est pas plutôt déplacée dans la région de Bermingham. Tout ceci tend à démontrer qu'un leadership technocratique est distancé par rapport au quotidien et n'arrive pas à avoir de prise pour façonner le réel. Il faudra cependant attendre les résultats de l'évaluation avant de porter un jugement définitif.

Chapitre III
Des secteurs plus spécifiques d'intervention

1. Les services aux personnes âgées

Au début des années 70, la Grande-Bretagne était devenue, avec la Suède et la France, l'un des pays du monde ayant le plus fort pourcentage de sa population âgée de 65 ans et plus, soit 14 pour cent. Cette population n'était cependant pas répartie également; elle se retrouvait plus dans les villes qu'à l'extérieur, et jusqu'à 30 ou 50 pour cent de la population du sud vivaient sur le bord de la mer. Peut-être est-ce à cause du nombre élevé de personnes mais la psychiatrie gériatrique s'est relativement bien développée en Grande-Bretagne. Le taux de morbidité psychiatrique est très élevé, soit 26,2 pour cent pour les troubles les plus sévères. En chiffres absolus, on parle de 2,8 millions d'hommes et de 4,5 millions de femmes, soit un total de 7,3 millions. De ce groupe, 1,3 million ont plus de 80 ans, avec toute la dépendance que cet âge avancé implique.

À peu près les trois quarts des personnes âgées vivent seules ou en couple. En 1971, 450 000 personnes vivaient en hébergement protégé, sous une forme ou l'autre. Le revenu des personnes âgées en Grande-Bretagne se situe à un bas niveau.

Les services de santé

Un très important programme gériatrique, ayant une base à l'hôpital et qui met l'accent sur une évaluation diagnostique sophistiquée, a été développé en Grande-Bretagne, parallèlement à un programme de services à domicile dans la communauté. Cependant, le lien entre les deux types de programmes semble plutôt faible et les soins de longue durée pour les patients chroniques qui ne peuvent recevoir des services adéquats à domicile et possèdent peu de potentiel de réadaptation sont peu développés (Kane, 1976).

Pour les personnes âgées, comme pour le reste de la population, les services sont donnés principalement au niveau du district. Or, on estime, qu'en moyenne, un district compte 35 000 personnes de plus de 65 ans, dont 4 500 environ sont sévèrement handicapées. Environ 800 de ces 4 500 personnes seront hospitalisées à un moment ou à un autre et 800 autres vivront dans des résidences pour personnes âgées. Un nombre additionnel de 1 000 personnes auront recours

aux services à domicile. C'est donc dire que, dans un district moyen, les services pour personnes âgées vont mobiliser une proportion très importante des ressources internes et externes.

Services hospitaliers

Comme pour les autres services, la personne âgée est référée par le médecin généraliste et généralement admise directement dans une des unités d'évaluation gériatrique. Ces unités, sous la direction d'un gérontologue, reçoivent les personnes seulement pour de courts séjours. On y fait alors une évaluation médicale et psychiatrique complète et on traite les problèmes aigus. Après l'évaluation, le patient peut être référé dans une autre unité.

La gériatrie, comme spécialité, s'est développée très rapidement en Angleterre. Il en va de même pour la psychogériatrie dont le développement récent a également été rapide.

Comme nous venons de le mentionner, l'unité d'évaluation concerne les courts séjours. Lorsqu'il s'agit d'hospitalisation de plus longue durée, des lits de réadaptation ou de soins infirmiers prolongés sont disponibles, soit à l'hôpital général, soit dans des petits hôpitaux locaux de la communauté. La durée moyenne de séjour dans ces départements a diminué de façon régulière. Quoi que plus de lits, en nombre absolu, ont été assignés aux patients gériatriques comparativement aux autres spécialités, le taux de roulement est beaucoup moindre. Aussi, les cliniques externes pour patients gériatriques sont-elles moins utilisées que pour les autres spécialités.

Par contre, l'hôpital de jour est considéré comme une ressource importante pour la réadaptation des personnes âgées ayant besoin de supervision et de traitement continu à leur sortie de l'hôpital. Un hôpital de jour peut offrir des services de thérapie physique et d'occupation, d'éducation sanitaire et autres occasions de socialisation dont les personnes âgées réclament au moment des repas et autres activités partagées. Le nombre de personnes qui fréquentent l'hôpital de jour a augmenté de 61 000 visites, en 1961, à 805 000 visites en 1972 (Care of the Elderly in Britain 1974).

Quant à la maladie mentale et les personnes âgées, trois catégories de patients sont considérées en Grande-Bretagne:

1) ceux qui ont vieilli dans les asiles;
2) les personnes âgées qui souffrent de maladies mentales fonctionnelles dont les personnes de tout âge peuvent souffrir;
3) les patients atteints de démence sénile (Kane, 1976).

Les objectifs de traitement diffèrent pour chacun de ces groupes. Dans le premier cas, on pense peu à la réadaptation et on aide plutôt à vivre une vie plus humaine, dans un environnement familier.

Dans le second cas, le traitement est le même que pour les patients de tout âge.

Pour le troisième groupe, que l'on estime représenté 10 pour cent des personnes âgées en Grande-Bretagne, un traitement à domicile ou dans une résidence pour personnes âgées constitue le traitement de choix. Cette catégorie de patients tombe souvent dans un «no man's land» entre spécialités.

La plus grande difficulté du système est probablement l'isolement des gérontologues qui sont loins de la première ligne.

Un hôpital a expérimenté, sur la base d'hospitalisation de cinq jours, la réadaptation de patients gériatriques. Cette approche, qui permet le retour à domicile en fin de semaine, donne plus de flexibilité dans le recrutement du personnel et maintient le contact du patient avec la famille. Une évaluation indique que cette approche est bien acceptée par la plupart des patients et de leurs familles.

Services sociaux personnels

Les services sociaux personnels fournis aux personnes âgées par les autorités locales incluent des auxiliaires familiales, de l'aide pour magasiner, une surveillance de nuit, des services de blanchisserie, de repas, d'amélioration du logement, de transport, des centres de jour, des clubs sociaux et des centres de récréation. L'auxiliaire familiale est vraiment la personne clé des services à domicile et celle qui rend possible le maintien dans la communauté. Un problème toutefois se pose au niveau de la division entre services de santé et services sociaux. Si c'est l'auxiliaire familiale plutôt que l'infirmière de l'équipe de santé qui possède l'information courante sur l'état de santé du patient, cette information peut ne pas être connue de l'équipe de santé. En 1973, il y avait 80 768 auxiliaires familiales employées par les services sociaux et ce nombre était considéré comme insuffisant.

Un autre service intéressant est celui de l'aide offerte dans l'organisation des vacances. En Angleterre, en 1973, 54 200 personnes âgées ont bénéficié de ce service.

Services sociaux d'hébergement

Les autorités locales ont la responsabilité de fournir des services d'hébergement à tous ceux qui en ont besoin, peu importe leur statut financier. Elles inspectent les établissements privés et sans but

lucratif et administrent directement les résidences pour personnes âgées. Les bénéficiaires paient pour les services selon leurs revenus, avec un montant minimal ajouté par le DHSS au besoin. Ils ont de plus assurés d'un minimum d'argent de poche.

Logements

Un programme intéressant en Angleterre est celui des appartements protégés dans lesquels les personnes âgées louent un logement équipé d'un système d'alarme d'urgence capable d'alerter un gardien. Dans ces appartements, le gardien accomplit aussi d'autres fonctions comme des visites amicales, de l'assistance pour le magasinage en plus de référer aux agences communautaires et de superviser la propriété. Dans certains de ces établissements, une salle commune est fournie de même qu'un programme récréactif et souvent, le repas du midi est offert. On estime que les autorités locales développent ce type d'hébergement au rythme de 7 à 8 000 unités par année (Care of the Elderly 1974).

Le rôle du gardien est néanmoins le sujet de discussions philosophiques importantes. D'abord, on se questionne sur la quantité de visites acceptables sans qu'elles représentent une intrusion dans la vie privée d'autrui. Puis sur le niveau d'éducation requis du gardien. On croit, d'une part, qu'un gardien ne devrait pas occuper ce poste sans entraînement préalable et, d'autre part, que si on augmente le niveau d'éducation, il peut devenir moins présent aux besoins des locataires.

Les services privés

Les services privés pour les personnes âgées sont importants. Non seulement ils fournissent des services directs en quantité substantielle qui s'ajoutent aux services publics, mais ils représentent également un groupe de pression efficace.

Nous avons déjà parlé de l'association nationale Age Concern.

Il faut aussi mentionner le Women's Royal Voluntary Service (WRUS) qui a implanté plusieurs programmes. En 1973, ceci incluait 670 «lunch clubs», 18 000 repas à domicile et 2 000 clubs sociaux. WRUS a aussi sa propre association de logements qui fournit des appartements aux personnes âgées.

La National Corporation for the Care of Old People, établie avec d'importants fonds en fiducie en 1947, stimule et fait de la recherche pour les personnes âgées, possède un centre d'information et offre des subventions directes aux organisations qui créent des programmes innovateurs.

Une ressource très utile est son Registre de la recherche sociale (1972), qui est indexé et publié périodiquemment.

2. Psychiatrie et criminalité

En principe, les patients doivent être traités avec un degré minimal de restrictions. Si un besoin de restrictions plus grand que les ressources locales du district peuvent fournir se fait sentir, alors on réfère à une unité régionale de sécurité ou à un hôpital spécialisé.

Le problème le plus aigu est le refus d'admission des hôpitaux du district qui, avec leur approche communautaire, ne se sentent pas capables d'assumer la garde des patients qui ont besoin d'être surveillés. Ce refus peut aussi s'appliquer à des personnes ayant des troubles de comportement moins importants, et qui constituent des cas de zone grise entre deux services.

3. Les itinérants

Le livre blanc *Better Services for the Mentally Ill* explicite la conception que l'on a de ce type de clientèle et décrit les difficultés rencontrées.

Un certain nombre d'études ont démontré que la prévalence de troubles psychiatriques et de personnalité de même que les problèmes de toxicomanie et d'abus de drogues sont particulièrement élevés parmi les itinérants, surtout les jeunes.

Même s'ils ne peuvent pas toujours profiter d'un traitement, il peut arriver que, sans une forme ou une autre de support continu, ils créent des problèmes pour eux-mêmes ou pour les autres.

On reconnaît qu'ils sont difficiles à aider et que l'accent mis par la politique sur le traitement actif peut multiplier les difficultés pour ce groupe de personnes. De plus, les services de jour et d'hébergement développés pour les patients psychiatriques ne leur conviennent pas nécessairement. Le problème est aggravé en outre par la pénurie de logements à prix modique pour personnes seules.

Plusieurs expériences sont en cours pour trouver des formules adéquates pour ces personnes.

Chapitre IV
Le cadre administratif et financier

1. Le contexte politico-administratif

Parce que, selon la loi, services de santé et services sociaux doivent se partager les responsabilités à l'égard du patient psychiatrique et parce que, d'autre part, les deux systèmes ont chacun une structure propre avec sa logique interne, son mode de gestion et de financement et sa façon de résoudre ses préoccupations de rationnalisation administrative, il faut en parler séparément.

Les deux systèmes ont, depuis le début des années 70, fait parallèlement un effort de rationnalisation administrative dont les prémisses sont les suivantes:

— une gestion administrative centralisée est plus efficace et une augmentation de la dimension des hôpitaux favorisent de meilleurs coûts d'opération, ce qui a conduit à la création, depuis 1974, d'hôpitaux généraux plus grands et au développement d'une structure administrative monolithique (avec le risque que les programmes perdent les orientations du COMMUNITY CARE);

— une gestion hiérarchique assure la poursuite effective d'objectifs socialement désirables;

— les services sont mieux rendus par un personnel professionnel qualifié.

Ceci a eu comme conséquence qu'entre 1959 et 1975, le nombre d'infirmières dans les hôpitaux a augmenté de 50 pour cent et les médecins, de 75 pour cent. Depuis la réorganisation des services sociaux en 1971, leur nombre a ainsi plus que doublé.

Tableau I

Structure politico-administrative

Principes de *décentralisation* mis de l'avant. Structure hiérarchique de décision centralisée mais arrangements administratifs reposent sur *CONSENSUS*.

Politiques invariablement sujet de *CONSULTATION* et émises sous forme de directives qui peuvent être interprétées à la lumière des besoins locaux.

STRUCTURE	RESPONSABILITÉS	PERSONNEL
SECRÉTARIAT D'ÉTAT DES SERVICES SOCIAUX Ministère Santé et Sécurité sociale SERVICES DE SANTÉ MENTALE (inclut psychiatrie, déficience, alcoolisme et toxicomanie)	Planifie à échelle nationale Établit politiques, priorités, principes directeurs, objectifs Octroie les fonds Délègue les pouvoirs Supervise administrations régionales Contrôle sur l'organisation du personnel et recrutement des spécialistes médicaux	Ministre d'État 2 sous-secrétaires d'État Scientifique en chef
ADMINISTRATIONS RÉGIONALES DE SANTÉ (16) Région–secteur hospitalier régulier inclut une faculté de médecine	Planification régionale Élaboration des politiques régionales et choix des priorités Affectation de pouvoir et direction des districts	Agent régional des services médicaux Administrateur régional Agent régional soins infirmiers Trésorier régional Agent régional des travaux sociaux PERSONNEL NOMMÉ PAR LE MINISTRE
ADMINISTRATION DE ZONES DE SANTÉ 90 zones de 650 000 habitants	Première instance du pouvoir réglementaire Planification Décisions opérationnelles	15 membres 4 représentants des collectivités locales Membres salariés nommés par le Ministre de la Santé, dont le président

ADMINISTRATION DE DISTRICT DE SANTÉ (200 000 à 300 000 habitants)

4 comités:
1. gestion
2. planification soins
3. comité médical (consultatif)
4. conseil de santé communautaire (contrôle)

— Formule politiques et priorités de développement de services (installation et développement des services psychiatriques locaux)

Politiques opérationnelles

Standard de services

— Responsabilité des soins infirmiers du district
- infirmiers généraux
- infirmiers communautaires
- infirmiers psychiatriques
- sage-femmes
- formation

— Responsabilité du médecin en santé communautaire

gérer équipe de planification des soins de santé dont le rôle principal est de déterminer les besoins et de proposer programmes en conséquence sauf pour services à caractère social qui sont laissés aux collectivités locales

— Contrôle et gestion des hôpitaux généraux et tous services de santé physique et mentale

— Responsabilité de prévention primaire

ÉQUIPE DE GESTION DU DISTRICT

Administrateur du district

Responsable des soins infirmiers

Médecin en santé communautaire

Médecin consultant

Omnipraticien

COMITÉ DE GESTION

15 membres

4 représentants des collectivités locales

des salariés nommés par le Ministère

2 représentants élus par le médical

des médecins salariés

COMITÉ DE PLANIFICATION

Inclut des membres du personnel de la «division» de l'hôpital psychiatrique et ceux des services locaux.

En santé mentale:

3 équipes de planification: psychiatrie, gériatrie, pédiatrie.

Soumet ses politiques à l'équipe de gestion du district qui se prononce par vote.

CONSEIL DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (consultatif)
- 18-30 membres
- 50% nommés par les administrations locales
- 33% par les organismes locaux sans but lucratif
- 17% par l'administration régionale de santé après consultation auprès des organismes concernés

COMITÉS MÉDICAUX DE DISTRICTS (consultatif)

1.1 Les services de santé

L'organisation sanitaire anglaise est étatique et hiérarchisée. Dans ce système, la maladie mentale est considérée une maladie comme les autres et, à ce titre, il n'y a pas de structure de gestion séparée pour les services psychiatriques et les services de médecine physique.

Structure hiérarchique

Comme l'illustre le tableau 1, cette structure hiérarchique possède quatre paliers, dont le palier supérieur est le Department of Health and Social Security relevant directement du secrétariat d'État et du ministre d'État. Au palier inférieur se trouve l'équipe de gestion du district (250 à 300 000 de population). Ces équipes de gestion de district sont coordonnées entre elles au niveau de la zone de santé, le palier immédiatement supérieur (90 zones, environ 650 000 de population chacune, – 2 à 3 districts). Le palier supérieur suivant est celui des autorités régionales de santé (environ 1,5 million de population – 16 pour toute l'Angleterre). Les responsabilités de chacun de ces niveaux sont spécifiées dans le tableau.

Ce type de structure fonctionne de façon telle que les politiques, les priorités, les principes directeurs et les objectifs sont déterminés au niveau national après des CONSULTATIONS intensives à chacun des paliers de la hiérarchie ainsi qu'à l'extérieur, alors que la GESTION EST DÉCENTRALISÉE au niveau du district et que les arrangements administratifs reposent sur des CONSENSUS et que les directives nationales peuvent être interprétées à la lumière des besoins locaux.

Ce modèle, qui a beaucoup d'avantages, permet l'élaboration, au niveau national, d'une pensée qui tient compte de l'expérimentation locale en même temps qu'une gestion décentralisée qui rend possibles l'innovation et l'adaptation locale des directives nationales.

C'est ce type de gestion décentralisée qui, en Grande-Bretagne, a facilité l'ouverture de l'asile avant la majorité des autres pays, le développement d'un modèle théorique et pratique de la réadaptation, l'ouverture de la psychiatrie sur le social et la création de formules de support communautaire pour les patients psychiatriques.

Ceci se passait cependant avant 1974, époque où la structure hiérarchique possédait moins de paliers et où les consensus étaient, en conséquence, plus faciles à réaliser. Avec quatre niveaux hiérarchiques et une multiplication d'interlocuteurs différents (politiciens, technocrates et professionnels), le schéma de référence commun est beaucoup plus difficile à établir. De même, les décisions de gestion exi-

gent davantage du fait que les orientations de base de chacun diffèrent et que le nombre de niveaux à concilier est important. Et on n'a pas encore abordé les problèmes de liaison d'une telle structure avec les services sociaux et le secteur privé.

Un ancrage au niveau du district

Hôpitaux, Centres de santé, personnel de première ligne, tous sont gérés par l'équipe de gestion du district. Cette équipe est formée d'administrateurs, de médecins salariés et de deux représentants élus du corps médical. En plus, il existe à ce niveau un comité médical, à vocation surtout consultative, qui représente les praticiens. Un autre comité est responsable de la planification des soins à l'échelon local et doit apprécier les besoins spécifiques d'une population donnée, de même que définir les priorités locales. Enfin, un conseil communautaire de la santé, rattaché à une zone de santé, s'identifie à un organe de surveillance habilité à contrôler les services du district. Ce conseil regroupe de 18 à 30 membres, dont 50 pour cent sont des élus locaux et 30 pour cent, des représentants d'associations sociales, familiales ou culturelles. Ce conseil, véritable véhicule de la participation locale, représente un mécanisme extrêmement dynamique qui fait l'envie des observateurs étrangers.

Le district est considéré comme la meilleure unité de santé. Il fournit la majorité des services de santé et sa gestion permet à toutes les catégories professionelles d'être représentées d'une façon efficace.

Les districts sont regroupés en zones de 650 000 habitants en moyenne. L'autorité de cette unité est responsable de l'ensemble des services de santé à l'exception de certains, à caractère social, laissés aux collectivités locales. Première instance du pouvoir réglementaire, elle est chargée de la planification et des décisions opérationnelles. À sa tête, un bureau de 15 membres, en moyenne, se compose de 4 représentants désignés par les collectivités locales et de membres salariés nommés par le Ministre de la Santé, dont le président.

Les organismes de liaison

Trois organismes de liaison sont rattachés aux autorités de zone:

1) le conseil communautaire de santé, dont nous avons déjà parlé, qui joue un rôle de surveillance des services de district tout en constituant le lien entre les organisations privées de santé et les autorités de la zone;

2) le comité des médecins généralistes;
3) le comité consultatif conjoint qui assure la liaison entre les services sociaux et les services de santé au niveau de la zone. Nous reproduisons ici, de façon intégrale, la plainte d'un travailleur social (Noël Daris, dans Wing 1981) qui se passe de commentaires sur la façon dont la structure représente un facteur de contrainte pour le développement d'initiatives:

«As it is, decisions on allocating the resources available, or deciding which project has the greatest priority or will achieve the greatest benefit are often taken by higher executives whose knowledge of the likely tangible outcome of a project may well be incomplete. It is even difficult sometimes to obtain agreement on how much money is available since this involves a joint understanding by the County Council treasurer and Area Health Authority chairman. One despairs, in the end, of even suggesting a joint finance project, since its passage throught the structure to eventual achievement is only surpassed by the time it takes to elect an American president. At present, the process involves the following steps. An idea is agreed, say between a social work team leader consultant psychiatrist, and community nursing officer. A paper is quickly written with the help of an administrator who understands the immediate need and can advise the way in which the case might best be made. The paper is discussed at the Health Care Planning Team, then by the District Management Team, and if approved it is referred to Area level. At this point the "case in need" is transferred to a form (often losing a lot of its original flavour) and sent to Social Services, firstly for their management team to consider, and then the Social Services Committee. Assuming the "case of need" has been approved by all these teams and committees, it goes before the Joint Officer Steering Group (the first of the Joint Finance Committees). At this stage, if agreed, it waits on the shelf until money is found. Eventually the case goes to the full Joint Consultative Committee and then the full County Council and Area Health Authority. The consultant, social, worker, and nurse who originated the project do not attend any of these committees, except that the consultant attends the first and lowest, the Health Care Planning Team. From conception to conclusion can take up to two years. During that time the imaginative worker may have been forced to find other solutions which do not meet the need as closely as the original proposal.

The whole concept is wrong.

Joint planning should not be geared simply to the distribution of joint finance monies. It means workers and managers of two or more

authorities getting down to planning joint services at the lowest common denominator, reaching conclusions, taking advice and then submitting a case with a spokesman to a single group of senior officers who have been given delegated authority to decide on the disbursement of funds.»

1.2 Les services sociaux

Ancrage au niveau local

Contrairement au système de santé, les services sociaux ne dépendent pas hiérarchiquement du Department of Health and Social Security du Secrétariat d'État, mais d'autorités locales élues (*locale* désigne ici un territoire qui correspond à peu près à celui des zones de santé [650 000 habitants]). Pour ces autorités locales, les départements de services sociaux constituent une responsabilité parmi d'autres.

Depuis 1971, ces départements de services sociaux gèrent de façon centralisée, localement, tous les services sociaux autrefois dispersés, incluant les services sociaux en milieu psychiatrique. Cette forme de gestion a provoqué, chez le travailleur social en milieu psychiatrique, une perte de son expertise et une dégradation de son rôle professionnel au profit de l'infirmier psychiatrique communautaire qui l'a partiellement remplacé. Une autre conséquence a été la dégradation des relations entre travailleurs sociaux et psychiatres, au niveau des admissions involontaires. De par la loi, ces derniers doivent s'entendre sur de telles admissions. Antérieurement à la réorganisation administrative, des relations harmonieuses s'étaient établies entre psychiatres et travailleurs sociaux qui possédaient le même schéma de référence clinique et pouvaient alors argumenter à partir d'une même base. Présentement, ces fonctions sont remplies par des travailleurs sociaux qui n'ont pas les mêmes connaissances cliniques que les anciens. Leur préoccupation idéologique au niveau de la protection des droits civils des personnes entraîne souvent un refus face à ces admissions involontaires alors que les psychiatres, eux, les jugent appropriées sur la plan clinique.

Si on a assisté à une perte de l'expertise, c'est en partie parce que les travailleurs sociaux expérimentés en psychiatrie sont allés occuper des postes de cadres dans la structure bureaucratique nouvellement créée.

Le fait que les départements de services sociaux soient génériques a aussi conduit à privilégier certains services. Dans ce contexte, les services de protection à l'enfance ont eu priorité sur les services

aux malades mentaux qui apparaissaient peu importants aux yeux des élus locaux. Enfin, cette «centralisation locale» amène une disparité de schémas de référence et de services puisque, contrairement au système de santé, les politiques, priorités et objectifs ne sont pas déterminés au niveau du Ministère.

Liens avec le gouvernement central

La relation entre les autorités locales et le gouvernement central demeure ambiguë. Tel que mentionné précédemment, le gouvernement central intervient de façon importante au niveau de l'inspection des services de probation, dans la nomination des directeurs de départements de services sociaux et au niveau des approbations requises pour des dépenses de capital. Il agit très peu au niveau des priorités de services ou à celui de l'unification des politiques pour les autorités locales.

1.3 Les organismes privés

Il est intéressant de souligner ici que les associations privées les plus importantes, telle MIND (Association nationale pour la santé mentale), ont aussi un modèle de structure hiérarchique qui permet de développer une pensée de groupe par des interactions entre le siège social et les unités locales tout en préservant la gestion décentralisée de ces unités, gestion qui encourage la créativité et le développement d'initiatives locales.

De plus, les associations privées forment 30 pour cent du Conseil de santé communautaire, ce qui leur donne un rôle de chien de garde au niveau des services rendus dans chacun des districts.

2. Les structures de financement

Le service de santé reçoit ses fonds principalement du gouvernement central. Dix pour cent du coût est assumé par les assurances sociales. Les services sociaux publics sont financés, quant à eux, à même les taxes foncières prélevées par les autorités locales (une fois l'an chez les propriétaires, et selon la grandeur et l'état des propriétés). Ce montant est complété, s'il y a lieu, par le gouvernement central qui distribue aux autorités locales des subventions annuelles (annual rate support grant).

En conséquence, la distribution des services de santé n'a pas de mécanisme de prix qui pourrait agir dans l'équilibre entre «l'offre» et la «demande». Comme les critères professionnels ne peuvent définir les limites à l'amélioration de la santé ou de la qualité des services

de santé, les décisions de restreindre les ressources sont politiques plutôt que professionnelles. À l'intérieur du processus politique, les décisions confrontent souvent les administrateurs et les professionnels dans l'établissement des allocations de ressources et des priorités.

Récemment, en réponse à ces difficultés, le débat s'est centré sur la façon dont on pourrait contrôler les services publics, à savoir

— par une utilisation plus grande du secteur privé;
— par des attentes plus grandes d'autosuffisance;
— en encourageant l'utilisation d'assurances privées.

L'impact de ces dernières stratégies sur la qualité des services publics est devenu l'enjeu central. À ce jour, on ne peut prévoir l'issue du débat car une économie plus forte, une productivité plus élevée ou un changement de gouvernement ou de politiques gouvernementales auraient un impact majeur sur elles.

Les services sociaux, eux, bénéficient de la part du financement que les autorités locales veulent bien leur accorder. À l'intérieur même des programmes sociaux, la part attribuée à la maladie mentale concurrence le fonds à l'enfance, les programmes pour délinquants, les garderies de jour, les programmes pour handicapés intellectuels, etc. Jusqu'à présent, la maladie mentale n'était pas pas perçue comme une priorité. De plus, depuis le début des années 80, le gouvernement central, contrairement à ce qui se passait précédemment, exerce un contrôle sur les dépenses des autorités locales et restreint leur budget, ce qui laisse une masse monétaire moindre pour l'ensemble des programmes.

3. Le soutien à la créativité

Dans les années 60 et 70, il était possible de conclure, à un niveau local, des ententes informelles entre secteur de santé, services sociaux, et organismes sans but lucratif. Maintenant, les restrictions budgétaires et la bureaucratisation des structures rendent ces ententes de plus en plus difficiles.

Chapitre V
Éléments pour un bilan

L'intérêt principal du modèle britannique réside probablement dans le fait que ce pays essaie de fournir un service complet et adéquat à l'intérieur d'un service de santé national qui assume la responsabilité de dispenser des services à toutes les personnes de tous les âges, et ceci avec une quantité très limitée de ressources. En fait, de tous les pays étudiés, les services de santé en Grande-Bretagne sont ceux qui ont le plus haut niveau de planification centrale.

Les planificateurs se sont donnés une politique d'élimination graduelle de l'asile qui serait remplacé par une intégration des services au niveau du district où services hospitaliers, services de première ligne, services sociaux et organismes sans but lucratif collaboreraient à cette intégration des services pour les patients psychiatriques. Les professionnels de la santé ont aussi, pour des raisons différentes, endossé cette politique en croyant que leur théorie et leur pratique de la réadaptation allaient mener à ce résultat.

Enfin, pour d'autres raisons, les associations et organismes sans but lucratif ont aussi accepté la politique.

L'expression COMMUNITY CARE revient comme un leitmotiv au fil des années et cela, depuis les années 30. L'enthousiasme qu'il génère n'a pas empêché certains d'exprimer toutefois leur scepticisme. Ainsi, le professeur Richard Titmus, dès le début des années 60, exprimait en termes très poétiques (auquels la traduction littérale ne rend pas justice) son scepticisme face à la capacité du gouvernement de développer un service communautaire adéquat, et mettait en cause une certaine naïveté du peuple britannique:

> *«Dans toute l'histoire sociale anglaise, la confusion a souvent été la mère de la suffisance (complacency)*[...]. *Si quelques-uns espèrent en quelque chose, alors on croit soudainement que ça existe déjà. Toutes sortes de mauvaises herbes, sauvages et laides, sont changées, par une magie légale et une appellation réconfortante, en des fleurs des plus attrayantes et domestiquées* [...]. *Ainsi, ce perpétuel terme «Community care» que l'on traîne partout rejoint ces exotiques roses grimpantes «L'État-providence» avec ses ravissantes gradations de couleurs qui vont du rose tendre au rouge flamboyant, et qui rampent partout empêchant souvent les gens de se tenir debout* [...]».

Plus catégorique encore, Kathleen Jones (1972) amorce la conclusion de son histoire des services de santé mentale de façon plutôt brutale:

> «*The theme of this book has been the gradual emergence of the mental health services out of the general provision, mostly punitive, for the social misfits of the eighteenth century; the building up of a specialist and highly distinctive tradition in the nineteenth century; and the destruction of that tradition in the twentieth*».

Le bilan actuel de la situation est plus nuancé: il faut faire état de succès impressionnants et de difficultés opérationnelles importantes.

1. Les limites principales des services actuels

1.1 Une évaluation critique de la situation

1.1.1 Le degré de désinstitutionnalisation

Déclin de la population des asiles

De 110 000 qu'elle était en 1954, la population des asiles est passée à 76 000 en 1979. Il demeure maintenant environ 30 000 patients dans les asiles, dont la moitié ont moins de 65 ans. Pour ces personnes la qualité des services a diminué puisqu'il est très difficile de maintenir le moral du personnel dans un contexte où on parle d'élimination imminente de l'asile. Il n'en reste pas moins que la diminution de la population asilaire est impressionnante.

Limites à la durée des hospitalisations

En plus de la diminution du nombre de personnes hospitalisées, les durées de séjour en asile ont raccourci et les consultations extra-hospitalières ont augmenté.

Diminution du nombre de lits

1954: 3,4 lits/1 000
1960: 3,1 lits/1 000
1975: 1,8 lit /1 000, c'est-à-dire
0,9 pour ceux qui demeurent hospitalisés moins de deux ans,
et 0,9 pour les patients de longue durée admis depuis 1961.

Succès dans la création d'unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux: le territoire en est à peu près couvert

Augmentation des services extra-hospitaliers rattachés à l'hôpital général

— augmentation du nombre de cliniques externes (1,5 million de visites par an);
— expansion des hôpitaux de jour (2 millions de visites par an, en 1975);
— consultations à domicile par les psychiatres;
— développement du nursing psychiatrique communautaire.

Tous ces indicateurs sont des indicateurs de succès. La déception majeure est la difficulté d'augmenter de façon significative les ressources communautaires non hospitalières. À cet égard, les statistiques des départements de service social sont éloquentes.

1.1.2 Sur le plan technique

Un engagement effectif a été pris envers les patients les plus chroniques, anciens et nouveaux, et des services de réadaptation et d'hébergement adaptés à ces types de clientèle ont été implantés. Ils ne sont toutefois pas généralisés à l'ensemble du territoire. Les pratiques les plus innovatrices sont cependant élaborées à partir des hôpitaux et la jonction avec les services sociaux n'a pas eu lieu comme prévu. Le modèle médical s'est ouvert sur le social, mais le social a encore un modèle généraliste qui n'arrive pas à rejoindre les besoins des psychiatrisés.

1.1.3 Sur le plan administratif

Les réorganisations administratives et les structures bureaucratiques parallèles santé-social ont complexifié les relations. Autrefois, les ententes informelles permettaient des solutions imaginatives, originales. Aujourd'hui, il faut y mettre beaucoup plus d'énergie et les possibilités d'échec sont plus grandes.

Du côté santé, il existe une structure hiérarchique à quatre paliers, structure directement reliée au Ministère et qui amène une lourdeur administrative. Les services sociaux, eux, dépendent d'autorités locales élues et ne sont pas liées par les priorités ministérielles élaborées pour la santé.

D'autre part, les services de santé mentale, dans un modèle où la maladie mentale est considérée une maladie comme les autres, n'arrivent pas souvent à être considérés comme prioritaires, ce qui entrave leur expansion. C'est, entre autres, à ces facteurs que Kathleen Jones réfère lorsqu'elle parle de la destruction d'une tradition d'excellence établie antérieurement.

1.2 Des limites au niveau des postulats de base

Même dans les documents les plus récents, gouvernement, professionnels de la santé et organismes sans but lucratif réaffirment leur foi dans les postulats de base du système. Ils blâment davantage l'inaction à résoudre les difficultés d'opération qui devraient éventuellement être résolues, plutôt que les limites des postulats eux-mêmes.

Tableau II:

Hébergement pour malades mentaux et pour handicapés intellectuels

SERVICES SOCIAUX LOCAUX		
Nombre de personnes		
– 65 ans	1966	561
	1970	554
+ 65 ans	1966	10 494
	1970	15 305
VOLUNTARY HOMES		
Nombre de résidences	1968	62
	1976	122
Nombre de places	1968	1 748
	1976	3 082
Nombre de personnes		
– 65 ans	1968	1 234
	1976	2 306
+ 65 ans		222
PRIVATE HOMES		
Nombre de résidences	1968	85
	1976	101
Nombre de places	1968	1 086
	1976	1 610

Implantation des centres de jour pour malades mentaux et d'hébergement

	1972	1976
CENTRES DE JOUR[1]		
Nombre	88	96
Places	2 832	3 681
CENTRES DE FORMATION[2]		
Nombre	366	409
Places	27 182	35 811
«RÉSIDENCES»[1]		
Nombre	120	274
Places	2 016	2 738

1. Malades mentaux seulement.
2. Malades mentaux + handicapés intellectuels.

On dit cependant que ce sont encore les hôpitaux qui, à cause du manque de ressources, dispensent les principaux soins d'hébergement. Par exemple, le projet du Royal South Hants Hospital où des ressources d'hébergement ont été mises en place à la suite de la fermeture d'une division de l'hôpital psychiatrique.

Les observateurs étrangers, eux, trouvent le projet britannique trop ambitieux pour pouvoir vraiment être réalisable. On doute de la capacité du système à:

— éliminer complètement les asiles;
— réussir l'intégration, au niveau du district, des différentes structures de support;
— créer suffisamment de ressources d'hébergement et de jour pour répondre aux besoins.

Certains pensent que ce qui est majeur, ce n'est pas l'intégration sociale du patient dans la communauté, mais une pratique de réadaptation visant à améliorer l'adaptation sociale, la performance et l'autonomie à l'intérieur de l'asile ou dans la communauté, ce qui remet en question l'orientation gouvernementale d'éliminer l'asile (Bennett, 1983).

Un autre conflit au niveau des orientations de base provient de la différence entre le modèle médical ouvert sur le social, développé par le milieu psychiatrique, et le modèle social mis de l'avant par le rapport Seebohm[1].

1. Le rapport Seebohm a précédé la réorganisation des services sociaux en 1971. Il a amené l'unification des services sociaux sous les Autorités locales et prôné des services sociaux génériques plutôt que spécialisés.

Dans ce dernier modèle, la maladie mentale et le handicap mental sont d'abord perçus comme des problèmes sociaux requérant des aptitudes pour le diagnostic social et les relations humaines. Si, en psychiatrie, il y a peu de supporters du point de vue du Dr Szasz, il y en a par contre plusieurs en service social:

«*La maladie mentale est un mythe. Les psychiatres ne s'intéressent pas à la maladie mentale et à son traitement. En pratique, ils s'attaquent aux problèmes personnels, sociaux et éthiques de la vie* [...].

[*La psychiatrie*] *donne un appui professionnel à une rationalisation populaire, à savoir que les problèmes de vie expérimentés en termes d'émotions ou de signes corporels* [...] *sont similaires aux maladies du corps* [...]. *Des pressions institutionnelles puissantes donnent un poids considérable à la tradition de conserver les problèmes psychiatriques à l'intérieur du giron conceptuel de la médecine*».

Pour Kathleen Jones, les progrès considérables du service social comme profession depuis le rapport Seebohm ont été si impressionnants qu'il n'est pas impossible que, dans l'avenir, ce point de vue devienne le point de vue dominant. Dans ce cas, la médecine psychiatrique, organisée pour des patients de courte durée dans les 30 lits des hôpitaux généraux, deviendrait presque une «profession complémentaire au service social».

Le modèle actuel est un mélange du modèle médical ouvert sur le social et du modèle Seebohm, avec peut-être une bataille non résolue quant à la supériorité de l'un ou de l'autre.

2. Les facteurs de contrainte et les facteurs facilitants

2.1 La législation

Il est intéressant de souligner qu'en Grande-Bretagne, les législations (tant celle de 1930 que celle de 1959) sont toujours venues supporter les pratiques innovatrices et les idées les plus avancées, et qu'elles l'ont fait dans la continuité. Cependant, en prônant le modèle mixte dont nous venons de parler, elles génèrent aussi des difficultés d'opération qui sont d'envergure.

2.2 Les conditions de contexte

Les effets de la crise économique sont perçus par tous comme l'obstacle le plus important à une désinstitutionnalisation réussie. Le gouvernement a tendance à vouloir résoudre le problème en déplaçant le niveau de responsabilité du secteur public vers les organismes sans but lucratif. Ces derniers, qui dépendent déjà fortement de

budgets gouvernementaux, prétendent être dans l'impossibilité d'assumer cette responsabilité sans ressources financières additionnelles. C'est l'impasse et la recherche de compromis semble ardue.

2.3 L'organisation politico-administrative

Nous avons vu que, de tous les pays étudiés, la Grande-Bretagne est celui qui possède le plus haut niveau de planification centralisée. D'autre part, les mécanismes de gestion sont très décentralisés. Ce mode de fonctionnement a favorisé les innovations au milieu des années 50 alors qu'il n'y avait pas autant de paliers hiérarchiques que maintenant. La réorganisation de 1974 a complexifié le processus.

Quant aux services sociaux, ils dépendent des élus locaux pour l'établissement des priorités et leurs liens avec le Ministère sont maintenus. En pratique, la maladie mentale est rarement une priorité pour eux, les mécanismes de jonction avec la santé sont complexes et il existe des disparités régionales importantes.

Il n'est pas surprenant que, dans ce contexte, les services d'hébergement se soient développés à un rythme très lent.

2.4 Utilisation de l'évaluation

Une des forces du système britannique est son utilisation de la recherche et de données évaluatives pour réviser les modèles de pratique et ses politiques. Cette recherche n'est pas effectuée directement par le gouvernement, mais par des organismes de recherche qui ne se cantonnent pas dans la recherche clinique. Ces derniers, en effet, valorisent également la recherche qui a un impact sur les politiques sociales et de santé, et qui peuvent fournir des éléments cumulatifs pour l'évaluation du système. C'est depuis les années 50 que les données s'accumulent et sont utilisées par le gouvernement au moment de définir les orientations et l'évolution du système.

3. Des perspectives d'avenir

Il est certain que, malgré des progrès impressionnants concernant la désinstitutionnalisation et la définition d'un modèle de services, le système de distribution des services aux malades mentaux se retrouve présentement dans une impasse. Les remises en question sont lentes à venir à cause de tout l'investissement mis à implanter un modèle aussi ambitieux. Cependant, un groupe de travail a été récemment créé pour travailler à la révision de la Loi.

Les problèmes d'aujourd'hui sont complexes. Est-il possible de réviser un modèle dans lequel on a autant investi pour tenir compte

des limites économiques et des possibilités de généralisation? Comment maintenir l'équilibre entre le contrôle du gouvernement central et l'autonomie locale? Comment concilier travail d'équipe et conflits professionnels? Comment assurer une planification technocratique sans étouffer la créativité des professionnels et des groupes communautaires? Ce sont là quelques-uns des défis et ils sont de taille. Les Britanniques sauront-ils, comme ils l'ont fait durant les années 50, les relever et montrer le chemin au monde entier?

III- L'expérience de l'Italie (Luciano Bozzini)

Avant-propos

Regard sur la réforme psychiatrique italienne, ou à chacun sa vérité...

La réforme psychiatrique italienne fait couler beaucoup d'encre et de mots. La nouvelle législation psychiatrique italienne de 1978, qui propose le dépérissement total de l'hôpital psychiatrique — codifiant ainsi un projet déjà réalisé dans certaines «expériences avancées» (Trieste, Pérouse, Arezzo, etc.) — fait en sorte que l'Italie psychiatrique est devenue un lieu de pèlerinage pour des cohortes d'experts gouvernementaux, de psychiatres et autres intervenants, de spécialistes des questions psychiatriques de tous les pays.

Les comptes rendus des «pèlerins» sont variés, oscillant entre l'engouement pour l'innovation exotique spectaculaire (la fascination actuelle du «made in Italy» aidant peut-être), l'analyse «froide et réaliste», le scepticisme et, dans au moins un cas (Jones — Poletti, 1985), le compte rendu «iconoclaste».

Cela se comprend. Le temps limité à la disposition des pèlerins, l'absence de données systématiques et quantitatives sur plusieurs questions, l'incroyable diversité du pays en ce qui concerne les modes et le degré d'application de la réforme, la diversité des lorgnettes et des oreilles à travers lesquelles les pèlerins examinent des lieux divers et écoutent des personnes différentes font que tout compte rendu ne peut être que partiel et, à des degrés divers, probablement partial. Témoigne de ce dernier point le fait que la plupart des observateurs n'échappent pas à une certaine forme de parti-pris. Probablement parce qu'elle est radicale, cette réforme ne laisse personne indifférent.

Le compte rendu qui suit n'échappe pas à cette limitation. Jones et Poletti (1985) ont fait *leur* tour d'Italie et ont bâti leur compte rendu «incendiaire» sur, à première vue, une impressionnante série d'anecdotes lugubres (mort de patients par déprivation, suicides familiaux collectifs, etc.) et de phénomènes négatifs (état physique des vieux hôpitaux, rareté des ressources, démotivation du personnel, etc.). Ils notent, seulement en passant hélas, un phénomène central: «la plupart des comptes rendus, disent-ils, se sont limités au Nord du pays, ce qui veut dire implicitement que si on regarde au Sud, l'image est moins idyllique». Cela ne les empêche pas de tomber dans deux erreurs de taille: l'Italie n'est pas un modèle pour la Grande-Bretagne,

disent-ils, parce que la désinstitutionnalisation «à l'italienne» a été essayée et constitue un échec.

Or, on verra dans ce rapport que, d'une part, on ne peut pas parler de l'Italie dans son ensemble et que, d'autre part, là où il y a échec, il faut plutôt parler de la non-application de la réforme que de sa faillite.

J'ai été guidé dans ce travail et dans ce rapport par une autre intuition et une autre option stratégique. L'intuition a été que le paradigme italien — qu'on peut brièvement synthétiser dans les termes suivants: fermeture totale de l'hôpital psychiatrique / réponse globale (biopsychosociale) et «en continu» aux besoins du patient, à toute la demande (sans sélection donc) / accessibilité maximum de l'offre de services / réinsertion individualisée plutôt que «ghettoïsée» / forte valorisation du travail d'équipe / forte décentralisation politico-administrative — m'apparaît représenter un modèle d'intervention psychiatrique du plus grand intérêt. L'option stratégique a été que je me suis attardé, non pas à décrier en long et en large les «désastres» (réels) de la psychiatrie italienne partout où la réforme n'a pas été ou a mal été appliquée, mais à analyser plutôt deux phénomènes.

D'un côté, je me suis attaché à approfondir les caractéristiques des «expériences avancées» et à tenter une évaluation de leurs succès. Car à Pérouse, Arezzo, Trieste, Pavie, Gênes, Turin et dans de multiples expériences locales moins connues, un certain nombre d'équipes italiennes (comme du reste des équipes d'autres pays) sont, je crois, en train de faire la preuve, patiemment, que l'on peut construire une autre psychiatrie, une psychiatrie moins «aliénante» pour les patients comme pour les intervenants.

D'un autre côté, j'ai choisi d'accorder de l'importance aux dynamiques sociales de la réforme au plan national comme local, tant au niveau du lancement de la réforme que de ses dysfonctionnements actuels, ces dynamiques sociales m'apparaissant susceptibles d'alimenter la réflexion et l'action quant à l'organisation des services psychiatriques.

Il y a, en schématisant à l'extrême, deux Italies psychiatriques: l'Italie «rétrograde» ou «moyenne» où sont visibles non pas les lacunes du paradigme mais la pauvreté de l'application institutionnelle de celui-ci, et l'Italie des expériences avancées (tout de même assez nombreuses et encore en développement) qui, je crois, a quelque chose à nous dire sur l'avenir de la psychiatrie dans la société moderne.

J'ai essayé, dans ce rapport, de donner un aperçu le plus «objectif» possible de la situation générale, en même temps que j'ai insisté sur ce qui me semble être la fécondité de cette expérience: le paradigme d'intervention et ses modalités de réalisation dans les expériences avancées.

En ce sens, ce rapport est partiel et, jusqu'à un certain degré, probablement partial. À chacun sa vérité... l'expérience fera la part des choses...

Introduction

Ce rapport est le résultat d'un travail d'analyse qui s'est déroulé en deux temps: dans un premier temps, le dépouillement de la littérature m'a permis de cerner les grandes lignes de la réforme des services psychiatriques en Italie. Ce «travail au pupitre» a ensuite été complété de deux voyages en Italie (le premier en septembre 1984 et le deuxième, en juin 1985) dans le but de vérifier l'état de la situation sur le terrain et de tenter de répondre aux questions importantes que la désinstitutionnalisation à l'italienne soulève (au vu des remous que cette réforme suscite à l'étranger).

Toute évaluation d'ensemble de la psychiatrie italienne est handicapée par deux données de fait: d'une part, l'Italie est un pays extrêmement diversifié sur le plan socioculturel et extrêmement décentralisé sur le plan politico-administratif. On pourrait presque dire qu'en dépit d'une loi-cadre nationale, il y a actuellement en Italie autant de réformes psychiatriques qu'il y a de régions[1]. D'autre part, la réforme psychiatrique italienne est récente: votée en décembre 1978, la Loi de «fermeture de l'asile» n'a généralement commencé à s'appliquer qu'au début des années 80, à des rythmes différents selon les régions. À ce stade, il existe peu de données systématiques permettant une description précise de l'ensemble des services offerts et une évaluation des résultats[2].

Ces caractéristiques de la situation italienne ainsi que les limites inévitables de temps m'ont amené à me concentrer sur ce qui m'apparaissait comme l'essentiel de l'expérience italienne, comme le plus susceptible d'alimenter la réflexion sur les services psychiatriques, à savoir: 1) le paradigme thérapeutique de base qu'on peut condenser sous le terme «biopsychosocial»; 2) ses modalités pratiques d'application dans les expériences avancées; 3) une première tentative d'évaluation des expériences avancées; 4) la dynamique sociale de la réforme, de ses succès comme de ses dysfonctionnements actuels.

Le chapitre I décrit le contexte sociohistorique dans lequel la réforme de 1978 a démarré, ainsi que les grandes lignes du paradigme et de la dynamique sociale qui ont présidé à la réforme. Le chapitre II donne un aperçu synthétique de l'organisation du système

1. Régions qui peuvent comporter en Italie jusqu'à 8 millions d'habitants (Lombardie).
2. La première enquête nationale sur l'ensemble des services est actuellement en cours.

de santé et des services psychiatriques. Le chapitre III constitue le cœur du rapport: j'y présente surtout une discussion et un bilan des expériences avancées ainsi que l'évaluation du sort de la réforme au plan national. Le chapitre IV cerne les raisons des difficultés que rencontre la réforme. Finalement, j'ai tenté, dans le chapitre V, de dégager ce qui m'apparaît être les leçons de l'expérience italienne pour une autre organisation des services psychiatriques[1].

1. Le lecteur pressé pourra avoir un aperçu de la situation en se limitant aux chapitres II, III et V.

Chapitre I
Bref historique et dynamique sociale[1]

1. Introduction

On s'interdit de comprendre le mouvement de réforme psychiatrique italien qui a culminé, en 1978, dans une loi nationale mettant fin à la réclusion asilaire, si on ignore les vicissitudes historiques et la dynamique sociale dont cette loi est l'aboutissement.

Cette loi (Loi 1980), dont l'objectif central est le démantèlement graduel mais total de l'hôpital psychiatrique en interdisant explicitement qu'on y hospitalise les gens atteints de problèmes mentaux[2], est en effet l'aboutissement, sur le plan national, d'une longue histoire de luttes locales pour changer les pratiques psychiatriques.

Cette lutte a été ouverte en 1963, à Gorizia, par le leader du mouvement de réforme italien, Franco Basaglia, qui instaura dans l'hôpital de Gorizia la première communauté thérapeutique sur le territoire italien. Le mouvement de réforme fut ensuite porté ou initié dans plusieurs villes italiennes par des psychiatres et travailleurs de la santé mentale, disciples directs de Basaglia ou s'identifiant au mouvement de réforme. C'est ainsi qu'entre 1961 et 1978, environ une douzaine d'expériences de désinstitutionnalisation furent initiées, surtout dans plusieurs villes du Nord et du Centre (Parme, Reggio Emilia, Ferrare, Pérouse, Arezzo, en majorité des villes gouvernées par des coalitions de gauche, social-communistes), mais aussi du Sud (Naples).

Dans le cadre de ce rapport, il n'est pas nécessaire de s'arrêter aux détails de ces expériences (relativement diverses entre elles) ni à leur chronologie, si ce n'est que pour souligner deux aspects: elles avaient presque toutes en commun l'idée qu'on ne pouvait réussir la désinstitutionnalisation psychiatrique sans *éliminer entièrement* l'hôpital psychiatrique et, d'autre part, elles furent possibles en vertu de la place très décentralisée qu'occupaient les hôpitaux psychiatriques dans l'organisation politico-administrative italienne. Ceux-ci en effet dépendaient des provinces (sortes d'équivalent territorial des départements français), ce qui permit aux réformateurs de se battre et de négocier avec les administrations provinciales en dehors des lourdeurs politiques et administratives de l'État central.

1. Pour tout ce chapitre, l'auteur a bénéficié du texte-synthèse de Onnis (1983).
2. Pour plus de détails sur la Loi, voir chapitre II.

2. Le paradigme italien et la dynamique sociale de la réforme

L'expérience italienne de réforme de la psychiatrie est unique, non seulement dans son aboutissement législatif tant discuté mais en vertu d'un certain nombre de caractéristiques qui ont nourri le contenu du mouvement et rendu possible son action. Certaines de ces caractéristiques sont d'ailleurs encore aujourd'hui au centre des débats dont la Loi de 1978 a simplement signifié une nouvelle phase.

2.1 Point de départ: un retard culturel

Au début des années 60, la distribution des soins psychiatriques en Italie souffrait d'un quadruple retard par rapport aux autres nations occidentales (Grande-Bretagne, France, États-Unis, par exemple, comme laboratoires de référence du mouvement italien):

1) retard au plan des techniques psychiatriques, car ni l'humanisation de style anglo-saxon de l'asile, ni les nouvelles approches scientifiques et philosophiques de la maladie mentale (psychanalyse, phénoménologie et existentialisme, sciences sociales) n'avaient pénétré le système asilaire italien[1];
2) retard au plan de l'encadrement législatif de la maladie mentale (au moins par rapport aux pays plus avancés). La psychiatrie publique[2] italienne était régie par une loi de 1904 qui la subordonnait fortement au pouvoir judiciaire: traitement obligatoire en cure fermée des malades «dangereux»; admissions «ordinaires» autorisées par le magistrat et d'urgence, par la police; après 30 jours, admission définitive confirmée par le tribunal. Dans la pratique, presque toutes les admissions étaient d'urgence et un bon nombre se transformaient en admissions à vie. Ce n'est qu'en 1968 qu'une modification à la Loi introduisit le concept d'admission «volontaire», ce qui permit aux psychiatres «progressistes»[3] de mettre en branle le processus de désinstitutionnalisation;
3) retard donc au plan du mouvement de désinstitutionnalisation rendu possible en Occident par les progrès des thérapies pharmacologiques et par les premières critiques de l'asile comme lieu

1. Pour des raisons historiques complexes, qu'il n'est pas nécessaire de détailler ici.
2. Théoriquement, la loi s'appliquait aussi aux cliniques privées. Dans les faits, les malades des classes favorisées étaient rarement considérés comme «dangereux». De plus, après 1950, les mutuelles d'assurance-maladie remboursaient seulement les formes «nerveuses» et non les formes «mentales» des maladies. Les asiles publics achevèrent de devenir les déversoirs des malades pauvres.
3. Dans la suite de ce texte, on utilisera comme termes équivalents (et sans l'utilisation de guillemets) les expressions «psychiatres progressistes», «psychiatres sociaux», «réformateurs», «équipes avancées» pour dénoter, par rapport à la psychiatrie hospitalière traditionnelle, les psychiatres/équipes impliqués dans la construction de la nouvelle «psychiatrie biopsychosociale de territoire», «psychiatrie de territoire» étant l'équivalent italien de l'expression «psychiatrie communautaire» des pays anglosaxons.

fourre-tout d'exclusion de diverses catégories de marginaux. Ce n'est que vers la fin des années 60 que la population asilaire en Italie commencera à décliner;

4) retard, enfin, au plan de la qualité des services sociosanitaires (état des lieux, qualité du personnel, etc.).

Ce retard colorera l'expérience italienne de deux manières: d'une part, il donnera au mouvement son image, son leitmotiv (lutte anti-institutionnelle, négation de l'asile), son caractère radical et, d'autre part, il se transformera en un avantage historique en permettant aux réformateurs italiens de définir leur mouvement en fonction des premières tentatives étrangères de réforme de la psychiatrie.

2.2 Quelques repères historiques

À partir de 1960, l'Italie aussi sera touchée par le souffle de renouvellement qui anime la psychiatrie européenne et, ainsi, de 1960 à 1970, un groupe de psychiatres animera un mouvement s'inspirant du «secteur» français. Ce mouvement échouera pour plusieurs raisons (absence de leadership, peu de support de la base, absence de succès politico-social, dissensions avec le Mouvement Anti-Institutionnel).

L'année 1963 voit la naissance du Mouvement Anti-Institutionnel (M.A.I.), sous le leadership de Basaglia qui propose une réforme radicale, la négation totale de l'hôpital psychiatrique, ligne radicale qui sera favorisée par le retard italien et justifiée, dans le discours du M.A.I., par la comparaison avec les expériences de réforme étrangères (le «secteur» français, la communauté thérapeutique anglaise, les Community Mental Health Centers américains). Pour le M.A.I., seule l'élimination totale de l'hôpital psychiatrique permettra de faire une psychiatrie sociale différente (totalement axée sur le patient et la communauté).

À partir de 1970, le M.A.I. (qui s'appellera «Psychiatrie démocratique» à partir de 1974) monopolisera les forces de réforme (contre les «sectorialistes») pour aboutir à la nouvelle loi psychiatrique, la Loi 180 (mai 1978).

2.3 La destruction, le dépassement de l'asile

C'est le cœur du paradigme italien. Il n'est pas possible disaient et disent encore les réformateurs italiens de changer vraiment la pratique psychiatrique sans *éliminer complètement* l'hôpital psychiatrique.

Le retard culturel italien (les horreurs de l'asile) donna la première étincelle à ce radicalisme, nourri bientôt d'une autre constatation:

l'asile n'est pas neutre socialement, il héberge surtout les classes pauvres dont les premiers «mal-aises» y sont transformés en chronicité et dégradation. La psychiatrie asilaire «mal-traite» et exclut quasi policièrement la diversité et les pauvres. Sa fonction n'est pas thérapeutique mais idéologique: elle ne soigne pas, elle cache les exclus du progrès, elle masque les conditions sociales et la pathologie mentale. Soixante-huit se prépare et le néo-marxisme est en ascendance: le mouvement italien prend la couleur des temps. Animée par la gauche psychiatrique, la lutte contre l'asile gravite autour de la lutte de classes.

Le mouvement italien veut se démarquer du projet «humanisant» de la communauté thérapeutique anglaise et de l'analyse goffmanienne. Le premier, louable, ne touche en rien la fonction sociale de l'asile; la deuxième en reste à une analyse de sociologie organisationnelle intéressante, mais abstraite, détachée des conditions sociohistoriques de production et reproduction de l'asile.

Les expériences américaine et française de désinstitutionnalisation nous apprennent quelque chose de plus précieux encore, et de moins marqué politiquement, raisonnent les psychiatres italiens. Pas besoin d'être marxiste pour constater, en se situant par exemple par rapport au cas français, que la psychiatrie de secteur réduit peu ou pas l'hôpital psychiatrique[1], car l'existence de ce dernier permet aux équipes de secteur d'y déverser en toute commodité les cas lourds tout en ayant le loisir éventuellement de «psychiatriser»[2] la demande plus légère.

Il faut donc éliminer l'hôpital psychiatrique parce que c'est un monde inhumain dans le pire des cas, «objectifiant» même dans les cliniques les plus modernes et «humaines», donc par nécessité antithérapeutique. Également parce que la maladie mentale est largement d'origine sociale et que c'est à ce niveau qu'il faut agir, en travaillant sur le microsocial de l'individu (stratégie thérapeutique biopsychosociale, voir chapitre III), en créant des structures de travail pour les plus faibles, en luttant contre la misère familiale et sociale postulée comme déterminant central de la pathologie mentale. La société doit assumer le poids de l'intégration des malades mentaux pour des motifs thérapeutiques et pour des motifs humanitaires.

1. Les données, pour la France, semblent accréditer la thèse des réformateurs italiens: entre 1960 et 1981, la diminution de lits psychiatriques en France aurait été, au plus, minime (certaines sources – Castel, 1981 – rapportent même une augmentation).
2. Au sens de donner à un besoin partiellement psychiatrique une réponse entièrement psychiatrique (médicale, psychothérapeutique ou de contrôle social) ou carrément de donner une réponse psychiatrique à un besoin aucunement psychiatrique (comme le besoin d'amitié, par exemple).

Tels sont les fondements du paradigme italien et tout l'effort des psychiatres progressistes en Italie consiste à montrer l'invalidité des trois thèses justifiant l'existence de l'hôpital psychiatrique: le caractère dangereux du malade mental, la nécessité de l'hospitalisation lors de la crise et le postulat d'un pourcentage relativement élevé de chronicité psychotique qui ne peut faire l'économie de courtes ou longues hospitalisations (on tentera d'évaluer plus loin, au chapitre III, la qualité de la démonstration).

2.4 «Psychiatrie démocratique»: un mouvement de base dans le secteur public

La réforme italienne n'est pas venue d'en haut. Elle est issue de la base et elle a été animée par «Psychiatrie démocratique», mouvement de gauche des travailleurs de la santé mentale, de ceux donc qui, vivant quotidiennement et péniblement les aberrations de la psychiatrie de «contrôle», étaient motivés à chercher d'autres réponses[1]. C'est ce qui fera la force du mouvement et ses succès malgré les pires difficultés, car il fallait de la force pour tenter (et réussir à plusieurs endroits) une expérience aussi difficile que la fermeture de l'asile. «Nous avons, disait un psychiatre italien, créé un mouvement social pour donner un sens personnel et politique à notre vie et parce que les organisations de réforme classiques (partis, syndicats) n'étaient pas prêtes» (Carrino).

D'autre part, le mouvement ne s'est pas cantonné (comme dans certaines expériences d'autres pays) à des contre-institutions isolées, mais il est parti du secteur public en investissant des zones de plus en plus étendues de celui-ci pour aboutir, après une quinzaine d'années de travail acharné, à situer la réforme au plan national.

2.5 Le «pragmatisme», le «social-historicisme» comme paradigme du travail quotidien

Les travailleurs de la santé mentale en Italie agissent selon un paradigme théorique de base (l'élimination, le dépassement de l'asile), mais l'observateur étranger est frappé par le fait que les voies de ce dépassement, l'élaboration des solutions de rechange n'a pas lieu sur la base d'un modèle prédéfini, unique. Celles-ci sont plutôt laissées à l'initiative des équipes locales où le leitmotiv de «la confrontation avec la pratique» est dominant, ce qui explique l'extrême diversité des expériences locales.

1. Le fait que des psychiatres décidés étaient les acteurs les plus visibles du mouvement n'est sans doute pas étranger à son succès. Le vocable «Docteur» conserve, en Italie comme ailleurs, toute son ascendance.

Ce leitmotiv de la primauté de «l'expérience historique pratique» nourrit la philosophie d'ensemble du mouvement comme sa pratique quotidienne. Les travailleurs de la santé mentale disent que la société ne doit pas simplement tolérer les malades mentaux, mais société et marginaux doivent «se confronter», ce qui implique un processus historique dont l'issue est ouverte.

Le mouvement italien ne correspond pas à un simple changement d'idéologie, mais plutôt à une volonté de transformer la psychiatrie à travers un processus pratique de création de solutions nouvelles. En 1965, ce sont les limites de la communauté thérapeutique (du travail uniquement «à l'intérieur») qui ont amené Basaglia et son groupe à l'idée qu'il fallait lier l'intérieur à l'extérieur, porter les transformations à l'extérieur et, ultimement, à la conviction, nourrie par la pratique historique, que rien ou peu changerait sans le dépassement de l'asile. Dans les expériences avancées aujourd'hui (Trieste, Pérouse, etc.), les travailleurs psychiatriques italiens ont rejoint un certain nombre d'objectifs: la communauté «tolère» les «fous». Les services psychiatriques approchent le patient dans sa globalité (psychique, physique et sociale): on ne délègue pas, par exemple, les problèmes sociaux (revenu, maison, travail) du patient à une autre institution. La «pratique historique» nous interpelle sur un autre plan, disent les travailleurs de la santé mentale. Le «fou» ne doit pas simplement être «toléré»: il doit être «intégré» et pouvoir trouver travail, estime, sociabilité, possibilités d'expression. Et là, on s'aperçoit que cela est impossible sans changer les capacités d'intégration des familles, des quartiers, des lieux de travail. On débouche ainsi sur une notion élargie de la prévention: la modification des capacités prophylactiques, thérapeutiques, intégratrices de l'ensemble de la vie sociale.

Ces énoncés d'une équipe italienne illustrent ce biais pragmatique:

> *«Dans ce sens, donner voix à l'expérience qui se construit dans les services territoriaux, dans l'agir quotidien, dans le recueil jour après jour de la subjectivité des patients et des professionnels qui, dans le temps, dans le processus de confrontation et de croissance, devient patrimoine culturel – tout cela signifie envisager les services décentralisés comme laboratoires privilégiés d'observation et d'élaboration* [...]. *Sur le plan de la structure des services, ceci peut être traduit dans la nécessité de pouvoir expérimenter des modules organisationnels flexibles, où il soit possible de réfléchir à ce qu'on est en train de faire, plutôt que de créer des services rigide-*

ment fixés dans les règles qui tendent ensuite, nécessairement, à s'autoperpétuer même en face des démentis de l'expérience»[1].

2.6 *Un mouvement intégré avec les autres luttes sociales*

Pour les réformateurs italiens, changer la psychiatrie n'était pas et ne sera jamais réductible à une tâche technique. Toute interrogation sur la psychiatrie ne peut pas ne pas être aussi une interrogation sur la société, sur le rejet social, sur les causes sociales de la «souffrance»[2] mentale. Dès lors, le mouvement devait, dès les débuts, s'intégrer aux luttes sociales, chercher des alliances auprès des organisations officielles porteuses de la lutte sociale (syndicats, partis politiques). Le mouvement italien n'a pas été un mouvement de «techniciens illuminés», séparé des grandes contestations sociales qui ont marqué les nations occidentales dans les années 60 et 70.

En fait, la lutte anti-asilaire s'est liée et a bénéficié du momentum que les divers mouvements anti-institutionnels et contre la marginalisation et la pathologie sociales (mouvement féministe, mouvement en faveur des autonomies locales, défense de la santé des travailleurs, mouvement d'intégration des handicapés dans les écoles, mouvement en faveur d'un système sociosanitaire intégré)[3] ont su créer dans la classe dirigeante, dans la classe ouvrière et dans l'opinion publique.

Cela a représenté la force du mouvement, ce qui lui a permis d'obtenir une notoriété au plan national culminant dans la Loi de 1978. Notoriété favorisée par la personnalité charismatique du leader du

---

1. F. Antonucci, R. Piperno, G. Luoni (1983). Traduction intentionnellement littérale.
2. Sur la notion de «maladie mentale», il n'existe pas en Italie, comme ailleurs, de consensus facile. Une chose est certaine: la nouvelle «psychiatrie de territoire», avec son impact vérifiable sur les «tableaux cliniques», va amené un long débat sur ce sujet.

   Sans entrer ici dans de longs développements qui dépasseraient le cadre de ce rapport, on peut schématiser comme suit une tendance de fond au sein de la «psychiatrie sociale» italienne. Le lecteur étranger notera que dans les textes italiens, le vocable «souffrance» est aussi fréquent, sinon plus, que celui de «maladie». Ce n'est pas un hasard: ceci reflète une tendance de fond des psychiatres sociaux à se méfier de la médicalisation des «malaises mentaux», et de la rigidité de la nosographie. Au début, le mouvement réformateur avait plus ou moins fait sien le slogan de Basaglia (je paraphrase de mémoire): «La maladie mentale, nous ne savons pas ce que c'est tant que en désinstitutionnalisant, nous ne l'aurons pas purifiée des «croûtes» qui la recouvrent. En attendant, il faut la mettre entre parenthèses.»

   Aujourd'hui, on constate (comme on s'y attendait) que, sans asile, la «maladie/souffrance» mentale reste. Mais, d'une part, on continue de constater quotidiennement son implication avec la misère sociale et psychologique, d'où une certaine réticence à l'utilisation du terme «maladie» avec toutes ces connotations réelles ou potentielles (nécessité de l'intervention pharmacologique, fatalisme, etc.). D'autre part, la pratique quotidienne démontre aussi que le type d'intervention (en particulier l'intervention biopsychosociale intégrée) modifie largement les tableaux cliniques classiques et les rend constamment fluides, d'où la méfiance envers toute codification rigide. Finalement, un symptôme/syndrôme varie, dans ses conséquences fonctionnelles, selon les individus, le contexte et surtout le mode de prise en charge: il y a des schizophrènes qui mènent une vie entièrement normale. La question de la définition de la maladie mentale reste donc ouverte.
3. De 1970, date la loi décentralisatrice instituant les régions. De 1972, celle éliminant les classes et écoles spéciales pour enfants handicapés et obligeant l'école publique à intégrer l'enfant handicapé.

mouvement, Franco Basaglia, qui a fait un usage important des mass-media et d'une théâtralité typiquement italienne[1], avec le résultat que le premier slogan du mouvement «L'asile comme lieu de souffrance et d'injustice humaine» a largement pénétré l'opinion publique dans les années 70.

1. Le travail de déstructuration de l'asile dans les expériences avancées s'est effectué en partie sous le signe de la fête et de la participation de la communauté (fêtes, expositions, théâtre sur les lieux de l'hôpital). À Trieste, le jour officiel de la fermeture, la communauté des patients et la population a défilé dans les rues et amené au bûcher «Marco Caballo», immense reproduction colorée du cheval qui servait traditionnellement à emmener au lavoir public de la ville le linge des patients.

Chapitre II
L'organisation politico-administrative de la santé et de la psychiatrie

Avant de décrire l'organisation des services psychiatriques, il apparaît indiqué de les situer d'abord dans le cadre général de l'ensemble du système sociosanitaire.

1. L'organisation générale du Service sanitaire national[1]

L'Italie vit aussi, depuis décembre 1978, sa réforme sanitaire. L'origine de cette réforme a des ressemblances avec la situation québécoise. Il s'agit d'une réforme «à intention sociale et technocratique», dans le sens où la réforme voulait construire un système sociosanitaire intégré et rationaliser un «non-système» de santé: inégalités régionales dans les ressources, inégalités de services dues à la multiplicité et à la fragmentation des organismes dispensateurs (privés, religieux, publics), inégalités dans les coûts supportés par les patients (multiplicité des systèmes d'assurance-maladie), sous-développement de la médecine de base, sous-développement des activités de prévention, absence d'intégration du social et du sanitaire, etc.

1.1 L'Unité sanitaire locale (U.S.L.) comme moyen institutionnel central de la réforme

Les objectifs généraux de la réforme peuvent être synthétisés comme suit:

— Rationalisation du système, au niveau national comme régional (planification, péréquation, contrôle);
— Décentralisation administrative et politique;
— Intégration du social et du sanitaire, intégration ordonnée des services;
— Participation (adéquation aux besoins), prévention, éducation sanitaire.

Le moyen institutionnel central de la réforme est *l'Unité sanitaire locale*, organisme politico-administratif de programmation et de gestion du sociosanitaire pour des bassins de population variant entre

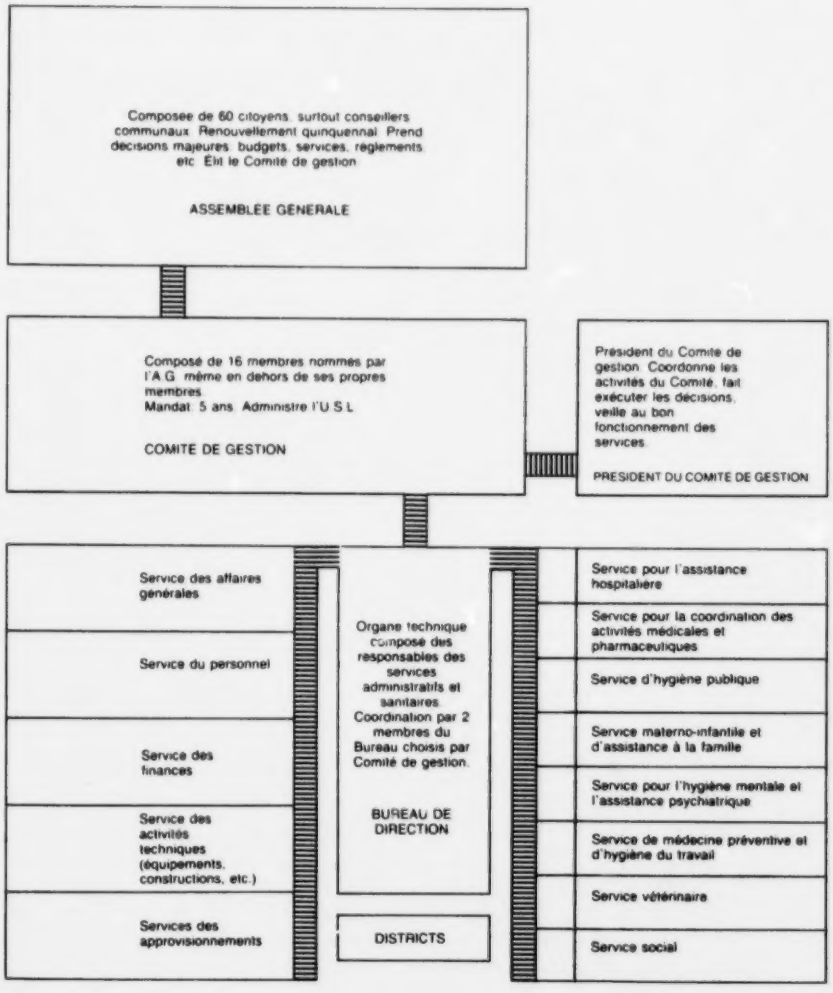
1. S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale.

50 000 et 200 000 habitants. L'Unité sanitaire locale est responsable de l'organisation de tous les services sur son territoire. Le territoire d'une U.S.L. peut être une commune, une association de communes, un quartier ou plusieurs quartiers d'une ville ou des combinaisons de quartiers et de communes. Pour des services très spécialisés (services médicaux ultra-spécialisés, par exemple), les U.S.L. peuvent partager des établissements. Ainsi donc, la technocratie socio-sanitaire locale doit être au service des orientations décidées par le niveau politique local (communes, quartiers, associations de communes), dans le cadre de paramètres généraux définis aux plans régional et national.

L'organigramme ci-dessous donne une idée de l'organisation et du rôle de l'Unité sanitaire locale. Il s'agit de celui d'une U.S.L. de la ville de Bologne, et il faut noter que l'organisation de l'U.S.L. peut varier d'une région et d'une ville à l'autre et même à l'intérieur d'une même ville, les lois nationales et régionales (voir plus loin) laissant une assez grande autonomie de décision au plan local. Plusieurs éléments restent par ailleurs constants: le contrôle politique au plan local, l'U.S.L. comme organisme de programmation et de gestion de tous les services, le paiement des médecins généralistes à travers une convention nationale «à capitation», la coexistence d'une médecine spécialisée publique (salariée) et privée, la quasi-gratuité[1] des soins, etc.

1. De plus en plus entamée par des tickets modérateurs.

ORGANIGRAMME D'UNE U.S.L. (Bologne)



1.2 Aperçu sur les paliers décisionnels et l'organisation des services

Très schématiquement, trois paliers décisionnels orientent l'évolution et le fonctionnement du système de santé.

Paliers et principales fonctions[1]:

Niveau national:

— Lois et règlements nationaux;
— Planification nationale (grandes orientations) et programmation;
— Péréquation et distribution aux régions des enveloppes budgétaires[2];
— Négociation des conventions de travail avec les médecins et les autres professionnels.

Niveau régional:

L'Italie est divisée en 20 régions (sorte d'équivalent en termes de population des Provinces canadiennes) dont la population varie entre 8,5 millions (Lombardie) et 110 000 habitants (Vallée d'Aoste).

Les régions forment un palier de gouvernement (niveau législatif et exécutif), mais sans pouvoir de taxation. Le palier régional a une autonomie assez considérable juridiquement, mais aussi en raison de la faiblesse de l'administration et des institutions politiques centrales.

Fonctions dans le système sociosanitaire:

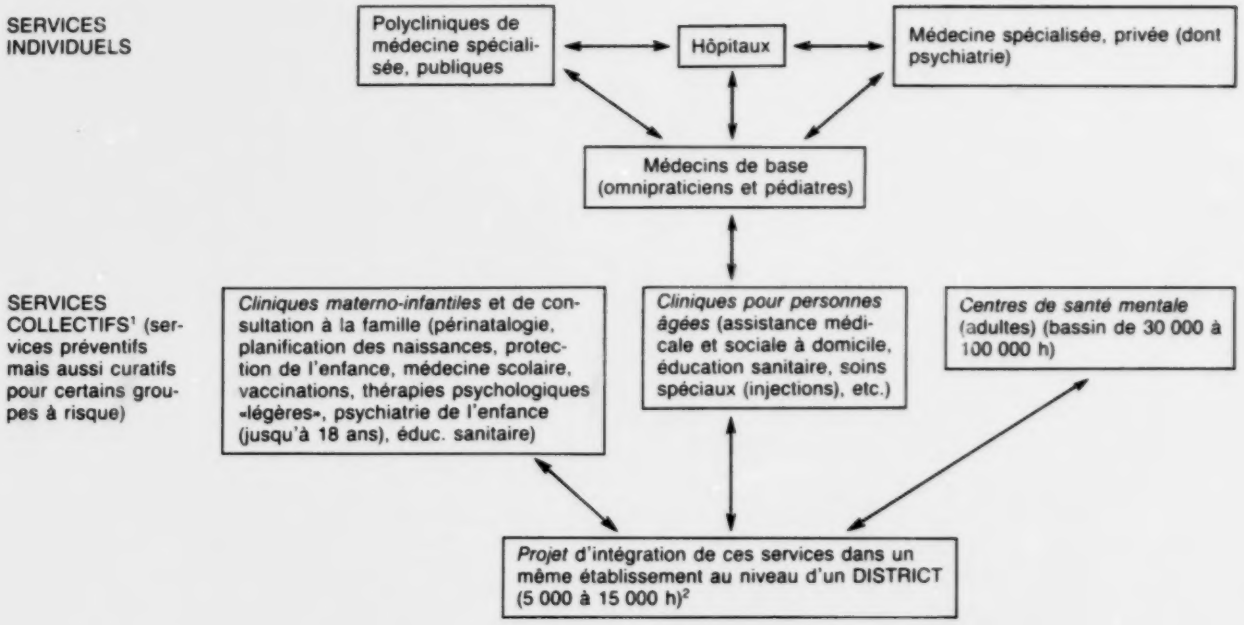
— Lois et règlements régionaux;
— Planification et programmation régionale;
— Péréquation et distribution aux U.S.L. de l'enveloppe budgétaire régionale;
— Statistiques, contrôle.

Niveau U.S.L.:

On l'a vu, il s'agit de l'organisme décentralisé de planification, de coordination, de gestion de l'ensemble des services pour le bassin local de population. Le schéma ci-dessous donne par ailleurs une idée de l'organisation concrète des services.

1. Fonctions théoriques. On verra plus loin que certaines de ces fonctions ne sont pas réalisées.
2. Le système sociosanitaire est presque entièrement financé à travers la taxation nationale générale. Les communes conservent un pouvoir de taxation très limité qui peut cependant contribuer, selon les diversités locales, à augmenter les services offerts, en particulier dans le champ «social» où les prérogatives des communes et des U.S.L. sont en discussion.

Organisation des services pour une Unité sanitaire locale
(bassin de population: 50 000 à 100 000)



1. Un ou plusieurs établissements selon la taille de l'U.S.L.
2. La distribution de services selon un bassin de district commence à fonctionner dans quelques régions, mais est largement encore à l'état de projet, extrêmement diversifié selon les régions.

1.3 Informations complémentaires sur divers services

Pour les fins de ce rapport, il est indiqué d'ajouter les éléments d'information suivants sur certains services ayant des rapports avec les services psychiatriques.

Médecine de base

Les médecins-omnipraticiens sont payés à capitation, ils résident généralement dans les quartiers et pratiquent de façon générale sous la forme «solo». Les Italiens sont très critiques de la qualité de leur médecine de base, l'omnipraticien jouant fortement un rôle de «triage». Sauf dans les expériences avancées (voir Chapitre III), il y a peu de liens entre médecine générale et services psychiatriques. Les médecins-omnipraticiens refusent de s'occuper des «fous» et sont réticents à s'occuper des problèmes psychiatriques/psychologiques; leur action se limite en cette matière à la prescription de médicaments contre l'insomnie et à la délégation des cas de psychiatrie légère aux psychiatres ou psychologues privés. La délégation au privé est le résultat de l'image de psychiatrie lourde attachée aux services publics et de la volonté du médecin-omnipraticien de déléguer sur une base de confiance personnalisée.

Services materno-infantiles et de consultation à la famille

En principe, ces établissements sont censés fournir des services de prévention, de thérapies psychosociales pour le couple et la famille et de neuropsychiatrie infantile (voir schéma ci-dessus).

En pratique, les médecins et gynécologues qui y travaillent font aussi du «curatif», selon les disponibilités d'autres ressources curatives dans le quartier et selon le type de rapport qu'ils établissent avec les femmes qui consultent[1].

Les liens de ces services avec les services psychiatriques pour adultes sont sporadiques. Le service psychiatrique est disponible à ces services pour des consultations spécifiques (dosage de médicaments, conseils psychothérapeutiques, etc.). Toutefois, le service de pédopsychiatrie et celui de psychiatrie adulte travaillent évidemment en commun chaque fois que le problème touche adultes et enfants dans une famille.

1. Ici, comme toujours en Italie, la diversité des orientations et des services est très grande selon, par exemple, que les établissements sont implantés dans des régions plus catholiques ou plus laïques (par rapport à l'éducation et à la consultation sexuelle, par exemple).

Le projet de cliniques de district (quartier)

Dans les régions italiennes plus avancées, Nord et Centre-Nord, le projet à long terme vise la création de petites cliniques de quartier intégrées qui assureraient à un bassin de population de 5 000 à 15 000 habitants des services préventifs (médicaux et sociaux), certains services médicaux curatifs (y compris les spécialités courantes), l'assistance sociale, etc. La place de la médecine générale et des Centres de santé mentale dans ce développement est une question ouverte.

Les services sociaux

La Loi-cadre sur le Service sanitaire national prévoit l'intégration complète du social et du sanitaire, niveau programmation et niveau distribution des services (cliniques de première ligne de district).

La situation actuelle est cependant:

1) très confuse: le pays attend la loi de réforme de l'assistance sociale (éclatée entre communes et U.S.L., entre public et privé, entre secteurs professionnels et institutionnels);
2) très diversifiée: les prérogatives des communes et des U.S.L. dans le champ des services sociaux varient de région à région. Pour les services sociaux sous la coupe de l'U.S.L. (cela inclut les services sociaux psychiatriques), certains services sociaux sont intégrés à l'intérieur des différents établissements (services materno-infantiles, centres de santé mentale, cliniques pour personnes âgées, etc.); d'autres services sont centralisés au niveau du Département de service social de l'U.S.L.

1.4 Remarques générales

On terminera ce bref aperçu du système de santé italien par les remarques suivantes:

— Le patient est libre de consulter le professionnel ou d'aller à l'hôpital de son choix, avec la réserve que chaque citoyen doit être inscrit sur la liste d'un médecin-omnipraticien en un temps donné (inscription modifiable).
— Dans les faits, le système marche relativement mal, pour plusieurs raisons cumulatives dont on ne fera ici qu'énumérer les principales:
  • impuissance de l'appareil politico-administratif central. Pour des raisons politiques, mais aussi par absence de compétences administratives sociosanitaires, le niveau national n'a pas encore fait grand-chose: ni planification, ni péréquation, ni contrôles (ceci est vrai également en partie au niveau régional);

- crise économique;
- reflux idéologico-politique: baisse des gauches, sur le plan idéologique comme sur celui du pouvoir politique réel;
- incompétence et politisation excessive (patronage) des administrations locales;
- résistances des intérêts établis (pouvoir médical, résistance à la mobilité du personnel, etc.);
- qualité discutable de larges sections du personnel, etc.

— Il s'agit d'un système en pleine évolution, dont l'image ne peut être fixée avec précision et dont le sort est entièrement ouvert: tout le monde en Italie parle maintenant de «réforme de la réforme».

— Dû à l'extrême décentralisation, l'organisation des services est très diversifiée (dans une même ville, les services d'une U.S.L. peuvent être organisés différemment de ceux de l'U.S.L. adjacente).

Par conséquent, on ne peut parler de l'organisation du système de santé italien que dans ses grandes lignes, et même au plan local, on devra attendre quelques années pour voir le type de cohérence qui réussira à s'établir entre les différents services.

2. L'organisation des services psychiatriques

2.1 La législation psychiatrique

La nouvelle loi nationale sur l'organisation des services psychiatriques (Loi 180) fut votée en mai 1978. Ses dispositions furent ensuite, avec des modifications mineures, intégrées dans la loi instituant le Service sanitaire national (Loi 833, décembre 1978). On peut grouper les caractéristiques de cette dernière loi sous quatre aspects:

1) Services hospitaliers

— Aucun nouveau patient peut être admis en hôpital psychiatrique public.

— L'admission volontaire d'ex-patients est permise jusqu'au 31 décembre 1980 (échéance reportée par la suite d'une année). À cette même date, devront être résiliées les conventions établies par les services publics avec les cliniques psychiatriques privées (conventions qui assuraient aux patients la gratuité). (N.B. — la Loi n'interdit donc pas les cliniques privées à paiement.)

— Aucun nouvel hôpital ou département psychiatrique ne peut être construit.

— Pour chaque U.S.L., un «Service de diagnostic et de cure» (S.D.C.) de 15 lits maximum était originairement prévu pour le traitement à court terme des problèmes/crises aigus. Avec l'intégration de la Loi sur les services psychiatriques dans celle sur le S.S N., le plafond de lits aigus est fixé par la Région. Les S.D.C. doivent être situés dans les hôpitaux généraux. (L'idée était de saper le stigmate, l'isolation due à l'hospitalisation psychiatrique traditionnelle.)

2) Services territoriaux extra-hospitaliers

La Loi pose le primat du moment extra-hospitalier qui doit constituer le pivot des services. Chaque U.S.L. doit mettre en place des «services territoriaux» dont le mandat est de dispenser ou gérer/coordonner l'ensemble des services de santé mentale sur son territoire (prévention, crise, suivi, réadaptation). La loi nationale précise également que les services doivent être organisés sous forme «départementale», ce qui signifie que l'ensemble des services (le S.D.C., par exemple) devrait être sous la responsabilité des services territoriaux. Par contre, elle laisse dans une totale indétermination les contenus et modalités de fonctionnement de ces services qu'il appartiendra aux lois régionales de préciser.

Dans la pratique, le pivot des services territoriaux est le Centre d'hygiène mentale (C.I.M.)[1]. Les petites U.S.L. disposent d'un centre, les plus grandes de plusieurs, coordonnés par le Département de santé mentale.

La Loi prévoit également que les nouveaux services territoriaux devront être organisés en utilisant le personnel des anciens services, des hôpitaux psychiatriques en particulier.

3) Traitements sanitaires obligatoires (T.S.O.)[2]

Les traitements sanitaires sont volontaires (article de Loi), sauf exception par imposition d'un «traitement sanitaire obligatoire» (cure fermée). L'évaluation de la nécessité d'un T.S.O. doit être effectuée par les Centres d'hygiène mentale. Dispositions légales:

— Le T.S.O. (admission seulement dans un S.D.C.) peut être effectué seulement si les quatre conditions suivantes sont réunies: 1) urgence/gravité, 2) refus de traitement, 3) absence de stra-

1. C.I.M. (Centro d'Igiene Mentale). À titre d'indicateur de diversité, ces centres portent des noms différents selon la région: C.I.M., S.I.M., S.S.M., S.I.M.A.P., C.S.M., etc.
2. T.S.O. Trattamento sanitario obligatorio.

tégies thérapeutiques de rechange sur le territoire (par ex., impossibilité d'intervention rapide à domicile), et 4) signature de deux médecins et du maire ou de son représentant[1].

— Revue indépendante du cas par le juge de tutelle (protecteur du citoyen) du district après le 2e et le 7e jours.
— La décision peut être appelée par le patient, sa famille ou un autre citoyen.

4) Décentralisation

Le principe de la décentralisation vaut également au niveau infra-U.S.L. de l'organisation des services psychiatriques. On laisse aux Centres de santé mentale et au Département de santé mentale une grande latitude dans la définition des orientations et de l'organisation des services. C'est une des raisons de l'extrême diversité des situations. Une seule règle est de rigueur: répondre à toute la demande.

2.2 Caractéristiques générales et fonctionnement des Centres d'hygiène mentale

L'extrême diversité du pays et l'extrême diversité dans l'application de la réforme font qu'il est impossible de présenter les caractéristiques et le fonctionnement d'un centre type, celui-ci n'existant pas. (On reviendra sur ce point au Chapitre III.) À ce stade, les informations suivantes pourront être utiles au lecteur:

— Le C.I.M. est censé être le dispositif central du système, mais la législation est suffisamment vague que des détails anodins peuvent largement modeler le fonctionnement du système: par exemple, le fait que dans une U.S.L. donnée, le S.D.C. (par nature «plus médicalisant») contrôle la disponibilité de l'ambulance peut largement déterminer le mode de réponse à la crise aiguë (traitement hospitalier dans le S.D.C. ou approche médico-sociale du C.I.M.). Par ailleurs, et ceci à l'encontre de la loi nationale[2], le C.I.M. ou le Département de santé mentale (lorsqu'il y a plusieurs centres) ne contrôlent pas partout le fonctionnement du système, en particulier celui des S.D.C. (voir au Chapitre III).

1. Dans la pratique, la dernière condition est, à certains endroits, adoucie par l'existence de formules de consentement présignées.
2. Il faudrait faire ici une longue digression pour expliquer le fait que les lois ne sont pas toujours appliquées en Italie. Mentionnons brièvement trois éléments clés: 1) les lois nationales ou régionales sont souvent rédigées en termes de fins plus que de moyens. Souvent, elles se bornent à indiquer ce qui devrait être fait plutôt que d'en prescrire explicitement les moyens; 2) en liaison avec la caractéristique précédente, elles n'imposent pas toujours de sanctions; 3) finalement, le contrôle de l'application de la loi est de type «laxiste», par impuissance politique et/ou administrative.

— Pour des bassins de population de 50 000 à 100 000 habitants, un C.I.M. compte de 10 à 30 «opérateurs» (intervenants)[1], la variation étant extrême pour un même bassin, en fonction du développement qu'on a su imprimer à la réforme au plan local (voir Chapitre III).

— Le personnel de ces centres est composé de médecins-psychiatres, de psychanalystes (minoritaires), de psychologues, d'infirmiers psychiatriques et de travailleurs sociaux. Les infirmiers psychiatriques constituent la catégorie la plus nombreuse et, avec les travailleurs sociaux, comptent pour la moitié ou les trois quarts du personnel. La présence plus ou moins accentuée de psychologues est un indice du degré d'orientation «psychothérapeutique» du C.I.M. La diversité de la composition professionnelle n'est cependant pas une donnée a priori significative, des professions différentes posant souvent les mêmes gestes thérapeutiques (voir Chapitre III sur le travail des équipes et le problème des psychothérapies).

— Dans les localités précurseures et dans les régions où la Loi tend à être appliquée (voir Chapitre III), l'accessibilité est élevée. À certains endroits, les C.I.M. répondent à la demande 24 heures sur 24 (arrangements différenciés avec l'urgence psychiatrique de l'hôpital général); généralement, ils sont accessibles sans rendez-vous de 8 h 00 à 20 h 00, 6 jours-semaine (avec disponibilité de nuit sur appel). Dans les localités et régions où la Loi a été boycotté ou peu appliquée, les C.I.M. sont un dispositif bureaucratique selon le minimum prévu par la Loi et les règlements: ils peuvent fermer dès 14 h 00, avec les conséquences qu'on peut imaginer en termes d'abandon de la demande.

— L'observateur étranger est frappé à beaucoup d'endroits par la modestie des lieux et de l'équipement. Les intervenants n'ont pas de bureaux individuels. Ils jouent à tour de rôle la fonction réception/secrétariat, parfois avec la collaboration des patients. À quelques endroits, les équipes disposent de quelques lits d'urgence.

2.3 Structures intermédiaires

La Loi ne les mentionne pas de façon spécifique (elle les sous-entend avec le concept de «services territoriaux») et leur implantation a été fonction du dynamisme des régions et des Services locaux de santé mentale. Dans les meilleurs cas des localités avancées

1. «Opérateurs» («operatori sociali, operatori psichiatrici»), terme générique pour tous les professionnels de l'intervention.

(même pas partout), différents types de structures intermédiaires pour les ex-hospitalisés et la nouvelle demande sont en fonction: appartements de groupe, centres d'accueil pour vieux patients, centres de jour, etc. De façon générale cependant, sur une grande partie du territoire national, les ressources intermédiaires n'existent pas ou sont nettement en deçà des besoins (voir Chapitre III).

2.4 Services pour des clientèles spécifiques

Enfance et adolescence

Il n'y a pas de loi nationale mais, par tradition et pour des raisons d'enseignement universitaire, la santé mentale de l'enfance (jusqu'à 18 ans) est gérée dans des structures spécifiques: services materno-infantiles pour la demande légère, cliniques universitaires et centres de jour pour la demande plus lourde[1].

Déficience mentale

Dans la foulée du mouvement anti-institutionnel des année 70, un effort significatif a été fait en Italie pour la désinstitutionnalisation du handicap mental de l'enfance (Loi nationale de 1972). Cette loi prévoit, entre autres, l'obligation pour chaque école publique d'intégrer dans les classes régulières de un à deux handicapés (avec le support, dans ce cas, d'un enseignant d'appui). Cette loi suscite controverses, résistances, difficultés mais, dans le Nord au moins, on continue d'en réaliser les intentions. La prévention et le dépistage précoce de la déficience mentale sont assurés par les centres materno-infantiles.

Les mêmes efforts de désinstitutionnalisation sont faits dans le cas des jeunes adultes et des adultes, en particulier à travers des subventions aux familles et aux entreprises pour l'intégration au travail. Il existe une loi nationale imposant des quotas de handicapés aux entreprises, mais cette loi ne distingue pas handicap psychique et handicap physique. Dans le contexte de la crise économique et de la crise de l'État-providence, ces lois généreuses ne bénéficient pas des ressources dont elles auraient besoin (possibilités d'insertion au travail, appartements de groupe, etc.). Quant au maintien dans les familles du handicapé adulte, il pose de graves problèmes à mesure que les deux avancent en âge: les familles supportent actuellement un lourd fardeau, atténué quelque peu par le volontarisme laïc

1. Avec une exception au moins: la région Ombrie où les C.I.M. répondent à toutes les couches d'âge.

et religieux. Actuellement, les planificateurs sociosanitaires s'interrogent sur le type de structures nouvelles qu'il faudrait créer pour répondre à ces besoins.

Les services aux différentes catégories de handicapés (ateliers de réadaptation, visites à domicile, appartements de groupe, etc.) sont gérés au niveau de chaque U.S.L. par un service spécifique: l'Unité territoriale de réadaptation.

Démence sénile

La tendance peut être résumée ainsi: les problèmes aigus sont référés aux S.D.C. et le suivi et l'hébergement éventuel sont assurés par des centres d'accueil «psychogériatriques» (en partie sous gestion privée).

Alcoolisme

L'alcoolisme entre légalement dans la catégorie des toxicomanies et devrait, en théorie, être assumé par les services spécifiques correspondants (un par U.S.L.). Dans les faits, la tradition tend néanmoins à continuer: l'alcoolisme est considéré comme du ressort de la psychiatrie et de ce fait, il est assumé par les C.I.M. qui utiliseront éventuellement les S.D.C. et, pour les aspects physiques, l'hôpital général.

Chapitre III
Évaluation de la réforme italienne

La réforme italienne des services psychiatriques est donc en cours depuis sept ans. Il est impossible d'en faire, au plan national, une évaluation serrée et définitive pour plusieurs raisons.

— Il faut le répéter, l'Italie est une abstraction juridico-politique. L'extrême diversité culturelle, sociologique et administrative du pays interdit qu'on puisse tracer un tableau homogène de toute situation, dont la situation des services psychiatriques.

  En schématisant à l'extrême, on peut résumer la situation en disant que l'Italie des services psychiatriques se divisent en trois parties: 1) les régions où la Loi est appliquée dans son esprit et sa lettre (régions précurseures), 2) les régions où la Loi est appliquée à moitié (certaines parties du Nord et du Centre) et 3) les régions où la Loi n'est pratiquement pas appliquée (surtout dans le Sud).

— Les données quantitatives ou qualitatives permettant une évaluation des résultats (coûts, congés, consommation pharmaceutique, taux de rechute, degré de chronicité, réinsertion et qualité de vie des ex-hospitalisés, satisfaction des intervenants, attitudes de l'opinion publique, etc.) sont, soit inexistantes, soit rares, fragmentaires et localisées.

— Finalement, il s'agit d'une situation en pleine évolution dont l'issue définitive n'est pas déterminée.

Néanmoins, une première lecture des données quantitatives existantes, des faits connus sinon quantifiés (tels la floraison, dans certaines régions, de cliniques privées) et des actions et opinions des différents acteurs ou experts (travailleurs de la santé, protagonistes du mouvement de réforme, gouvernement, opinion publique, etc.) permet de poser (en l'absence de la possibilité d'une évaluation rigoureuse) un premier jugement que je qualifierais «d'éclairé».

Dans ce processus d'évaluation, il faut distinguer deux objets radicalement différents: 1) l'évaluation des expériences avancées et 2) l'évaluation des vicissitudes nationales de la réforme. Les deux phénomènes apportent à la réflexion sur la réorganisation des services psychiatriques des leçons intéressantes, mais le premier nous apparaît, dans sa philosophie et ses résultats, avoir le plus grand pou-

voir d'interpellation. Les expériences avancées représentent en quelque sorte la «vitrine», les succès de l'expérience italienne. C'est pourquoi, on les traitera en premier.

1. Les succès des expériences avancées

Parler du succès des expériences avancées ne réfère pas à la réussite de la Loi des services psychiatriques de 1978. Les succès existaient en effet dans les expériences avancées avant la Loi. En réalité, la Loi a eu un effet ambigu: d'une part, elle a permis une extension de ces succès dans d'autres régions du territoire. Mais, d'autre part, elle a eu des effets négatifs plus ou moins anticipés, entre autres le «refroidissement» du mouvement dû à son institutionnalisation et le fait que la réforme des services psychiatriques, après son inclusion dans la Loi du S.S.N., a écopé de tous les malheurs de ce dernier (voir Chapitre IV).

1.1 Caractéristiques des expériences avancées

Les expériences avancées les plus connues sont celles de Trieste, Pérouse, Arezzo, villes dans lesquelles l'hôpital psychiatrique avait été pratiquement «vidé» (à l'exception d'une minorité de vieux patients ou de malades «irrécupérables») au moment du passage de la Loi, mais il existe de nombreuses expériences locales moins connues où la Loi est appliquée avec succès.

Le fonctionnement de ces expériences peut être schématiquement caractérisé de la façon suivante:

1) *Fermeture de l'hôpital* (cessation totale des admissions) et congé de la plupart des patients.
2) *Le C.I.M. est le pivot* de l'organisation de la santé mentale, ce qui signifie surtout deux choses:

a) Le C.I.M. répond, directement ou indirectement, à *toute la demande* (légère ou lourde, aiguë ou chronique, provenant des patients, des familles, des autres organismes sanitaires, des institutions politico-administratives, des citoyens) et dispense, coordonne ou stimule *toute la réponse* (préventive, curative au Centre ou dans les milieux de vie, de réadaptation, sociale, politique)[1].

b) Pour les psychiatres italiens, la première condition d'une juste réponse aux besoins (réponse globale aux besoins du patient et de son microcosme opposée, de façon paradigmatique, à la séda-

1. Ceci est évidemment le modèle idéal, duquel la réalité, même dans les expériences avancées, s'écarte à divers degrés.

tion pharmacologique) est de maximiser *l'accessibilité de l'offre de services*. Les C.I.M. sont ouverts de 8 h 00 à 20 h 00 sans rendez-vous avec, dans certains cas (Trieste, par exemple), disponibilité partielle la nuit lorsqu'un patient se présente volontairement au centre. Dans plusieurs cas, les centres disposent d'un nombre limité de lits aux usages différenciés: repos diurne, lit de crise, récupération provisoire d'un patient en difficulté. Les C.I.M. disposent généralement de une ou deux voitures pour les visites à domicile, l'intervention rapide à l'extérieur, le transport des patients dans les coopératives de travail, etc.

3) Le *paradigme thérapeutique* de base est la *prise en charge globale*, médico-sociale de la maladie mentale, ce qui signifie:

a) Une intervention globale et continue (fréquence élevée de contacts) auprès du patient et de son microcosme social (famille, amis, lieux d'insertion sociale). «Globale» signifie que les besoins du patient sont assumés dans leur totalité et complexité «biopsychosociale». Le service psychiatrique n'abandonne pas des «morceaux» physiques et surtout sociaux du patient à d'autres institutions, sauf de façon très ponctuelle et transitoire. La liaison équilibre psychologique et besoins sociaux ne peut pas être défaite. *La loi d'airain est qu'on ne délègue pas le social pas plus qu'on ne le psychiatrise*. Autrement dit, on ne fournit pas une réponse strictement psychiatrique (qu'elle soit pharmacologique, de l'ordre de la psychothérapie individuelle ou du contrôle social à travers la surveillance ouverte ou masquée) à des besoins qui se cumulent la plupart du temps avec le besoin psychiatrique strict: besoin de logement, de travail, d'une ambiance familiale favorable, de sociabilité, etc.

La globalité, la continuité, la réponse rapide aux besoins des patients tendent à être promues par deux autres caractéristiques du travail:

— On maximise l'accessibilité au sens traditionnel, mais aussi au sens plus large de «out-reaching». Pour les expérimentateurs italiens, la réponse flexible, rapide à domicile (ou ailleurs dans la communauté) empêche le déclenchement/et ou la détérioration de la crise/situation. Le poucentage de visites à domicile et dans les lieux de vie est très élevé[1].

1. Quelques données: C.I.M. d'Ombrie visité par l'auteur: 43% du total des contacts à l'extérieur du centre. Estimation de Mosher (1983): 10 000 visites à domicile en moyenne pour une population de 100 000 habitants.

— On maximise les rapports informels entre Centres, équipes et usagers (patients ou autres): accessibilité sans rendez-vous, libre circulation des patients dans certains centres, etc.

b) Des efforts importants de *maintien et de réinsertion dans les milieux naturels de vie:* travail, résidence, école. Les Italiens sont méfiants envers les stratégies «ghettoïsantes» de réinsertion-réadaptation (ateliers protégés, centres de jour, etc.), car elles livrent au patient un message bien précis:«Tu es malade et tu as besoin de protection». Dans le cas du travail, c'est «Tu ne peux pas fonctionner sur le marché du travail normal». En principe, on préfère le pari inverse:«Il y a chez toi des parties/périodes saines: on va trouver ensemble des endroits où tu pourras les exprimer». Exemple de stratégies de soutien/réinsertion en milieu naturel:
   - Soutien concret par les intervenants à la ménagère «dépressive» (préparer le dîner ensemble);
   - Mobilisation des possibilités de soutien familial et extra-familial (voisins);
   - Appel au volontariat pour accompagner le patient dans ses loisirs ou pour l'aider à répondre à d'autres besoins;
   - Soutien à la création de coopératives de travail (agricoles, nettoyage, céramique, etc.). Dans les localités avancées, la tendance est à l'implantation de coopératives mixtes, incluant patients psychiatriques, jeunes chômeurs, toxicomanes en réadaptation;
   - Travail assidu avec entreprises et syndicats pour le maintien au travail dans des entreprises régulières, lorsque possible, ou dans des services publics où les exigences sont moins élevées.

c) Un *travail continu avec les autres institutions sociales* (administrations locales, police, autres organismes œuvrant dans le secteur du bien-être, etc.). Efforts de sensibilisation, de coordination, de stimulation à la recherche de réponses collectives aux problèmes collectifs qui ont une incidence sur les problèmes de santé mentale (chômage, logement, loisirs, fonctionnement de l'école, etc.).

d) Un *travail direct sur la communauté*, travail sur les notables/politiciens, contacts avec les media, assemblées/débats, campagnes d'information et de sensibilisation (drogue, handicap, prévention, etc.), travail de sensibilisation dans une communauté résidentielle hébergeant un appartement pour malades mentaux, invitation de groupes scolaires à visiter le Centre, etc.

Une discussion importante s'impose ici sur la psychothérapie au sens nord-américain usuel du terme (travail sur le «monde interne» de l'individu, généralement en situation «duale»). Parmi les équipes avancées en Italie, un important débat fait rage actuellement entre ceux qui sont sceptiques envers les techniques psychothérapeutiques «individualisantes» (soupçonnées d'inefficacité, de «privatiser» les problèmes collectifs et comportant le danger de négligence de la demande lourde) et ceux qui reprochent aux premiers leur scepticisme. Ceci explique en partie le fait noté par des observateurs chevronnés de la scène psychiatrique italienne (Mosher, Ramon) à l'effet que, globalement, il se fait peu de psychothérapie en profondeur dans les C.I.M. italiens. Les formes courantes de thérapie sont plutôt de l'ordre du soutien émotionnel et du «counseling».

Il s'agit, dans tout cela, d'une histoire et d'un débat complexes dont on n'esquissera ici que les grandes lignes. Résumons d'abord l'histoire. Une tendance dominante du mouvement réformateur (dans les années 70) avait, pour ainsi dire, forcé un tabou sur les techniques psychothérapeutiques pour les raisons notées précédemment, mais également parce que le pari des réformateurs était qu'on pouvait vider l'hôpital psychiatrique. Pour atteindre cet objectif, il fallait agir au niveau de la quantité à l'aide d'une panoplie de moyens plutôt que faire des psychothérapies de qualité sur quelques cas s'y prêtant. À cela s'ajoutait une raison tacite: peu nombreux étaient les psychiatres réformateurs qui avaient été formés pour faire de la psychothérapie. Il y avait bien, à côté du chœur officiel dominant, quelques solistes dissidents, mais l'heure n'était pas à la discussion sur les armes: il fallait gagner la guerre.

L'Italie est apparemment en train de se mettre à l'heure internationale, et la «société psychiatrique avancée» se développe ici comme ailleurs. Les facultés universitaires (psychiatrie comme psychologie) donnent plus de place aux psychothérapies et les bureaux privés se multiplient. En même temps, à l'intérieur du mouvement réformateur, le débat occupe maintenant le devant de la scène: dans certaines expériences avancées, on travaille à une importation/greffe «critique et créative» des méthodes/techniques psychothérapeutiques. Les psychiatres italiens distinguent la méthode de la technique. Beaucoup d'entre eux s'ouvrent aux apports des diverses méthodes et paradigmes (psychanalyse, théorie systémique) sans prendre toutefois pour acquis que les techniques thérapeutiques dérivées (le divan, le colloque singulier) sont nécessairement bonnes. La raison en est simple: ces techniques dérivent toutes, ou presque, de la pratique privée auprès d'une clientèle sélectionnée. Cette situation est radicale-

ment différente de celle d'un service de psychiatrie public qui, lui, se doit de répondre à toute la demande qui se présente (et à celle qu'il faut aller chercher), en particulier la plus lourde. Dans ce contexte, il s'agit rien de moins que de créer les «techniques de territoire», ce qui implique l'élimination des techniques classiques inutiles, l'adaptation d'autres, la création de nouvelles. Comme me disait un psychiatre, «Oui aux techniques, à condition qu'elles deviennent hérétiques»[1].

Chez d'autres psychiatres sociaux, la méfiance reste:

«Les médecins et les psychologues profitent du vide laissé par les politiciens»[2].

On craint que, devant les difficultés réelles de construire une nouvelle psychiatrie dans le contexte actuel de l'Italie (voir Chapitre IV), l'activité psychothérapeutique puisse servir de refuge et de consolation à des professionnels en difficulté qui, en même temps, pourraient tomber dans le travers classique: la demande lourde pourrait être négligée au profit des «beaux cas» de névrose.

En guise de conclusion sur le paradigme thérapeutique: indépendamment de leur attitude envers les psychothérapies, les deux groupes partagent, à des degrés divers, un préjugé favorable sur l'importance (comme élément de la stratégie thérapeutique générale) d'actions thérapeutiques qu'on pourrait, en simplifiant, résumer comme suit: réponses aux besoins concrets de l'individu et de son entourage (en agissant, le cas échéant, surtout sur des choses externes au patient); réponses tendues vers l'avenir, vers la stimulation des habiletés et des capacités du patient, vers l'offre de possibilités de vie autres ou nouvelles (par opposition uniquement à l'attention au passé, aux symptômes, au travail verbal ou autre sur les problèmes internes de l'individu).

Mais, précisément, le débat fait rage. Le groupe favorable aux psychothérapies partage le préjugé ci-dessus, en opinant qu'il faut cependant aller plus loin, après, ou simultanément, l'optimisation du contexte microsocial du patient, conçue comme phase centrale «en continu» de la psychothérapie, que ce soit en phases de prévention, crise ou réadaptation; il faut bien en venir à attaquer la souffrance mentale dans son dernier résidu, ses derniers retranchements, à tra-

1. À l'intérieur des cercles progressistes et favorables à l'importation/greffe des techniques psychothérapeutiques, les points de vue sont différenciés et les positions apparaissent loin d'être définitives. On peut s'attendre à ce que la psychiatrie italienne (comme celle d'autres pays) apporte une contribution importante à ce début dans les prochaines années.
2. Je garde volontairement anonyme cette citation pour sa valeur symbolique et pour éviter d'identifier une personne à une tendance sur la base de cette seule citation.

vers le travail sur le monde interne de l'individu[1]. La psychiatrie italienne avancée se veut une psychiatrie «biopsychosociale» au sens fort du terme.

4) Le principe d'accessibilité est également maximisé par la *«centralité» du travail d'équipe* et, avec des variations selon les endroits, par une forte charge «déprofessionnalisante», «démocratique». En guise d'image: le psychiatre - psychanalyste ne se réserve pas nécessairement l'interprétation des rêves alors que l'infirmier se limiterait à la distribution des pilules ou de l'argent de poche. Le psychiatre ira avec le patient, par exemple, au stade de football ou à la mairie si l'équipe juge que de tels gestes peuvent représenter la meilleure indication thérapeutique[2]. Par ailleurs, le travail d'équipe, la contribution de chacun au programme thérapeutique, les compétences pratiques (indépendamment du diplôme) sont systématiquement valorisés. Divers professionnels du centre sont généralement divisés en équipes de trois à cinq personnes (chaque équipe comprenant un médecin-psychiatre) qui travaillent régulièrement avec un bassin de patients, correspondant souvent à un bassin territorial.

   Ceci ne signifie pas qu'il n'y ait pas de division du travail: on a laissé tomber la mode soixante-huitarde de «l'opérateur unique». Certaines tâches sont effectuées généralement par certaines catégories professionnelles: le psychiatre prescrit et est mobilisé pour les cas urgents; l'infirmier distribue les médicaments et travaille beaucoup à domicile; le travailleur social s'occupe des droits et bénéfices sociaux des patients. Dans les équipes où se développe la psychothérapie, celle-ci est effectuée par ceux qui possèdent une formation pertinente (ce qui peut inclure des infirmiers). Au-delà de certaines tâches cependant, la tendance va dans le sens que «tout le monde peut faire tout dans la mesure de ses compétences».

   Plusieurs raisons sont sous-jacentes au caractère central du travail d'équipe. Ce caractère découle d'abord du paradigme thérapeutique général car la valeur de l'action thérapeutique réside dans la cohérence des diverses réponses apportées aux besoins «biopsychosociaux» variés de l'individu. On accorde une importance extrême à la *valence thérapeutique du groupe entier* (au-delà des rapports interindividuels).

1. Cette tendance est défendue, avec conviction, en particulier par C. Brutti, F. Scotti (1976, 1981).
2. L'épisode est réel. Autre exemple, un psychiatre italien peut passer cinq heures d'affilée à domicile pour régler des problèmes suscités par une crise ou autre chose.

En deuxième lieu, on postule que le monopole du bon geste, ou de la bonne idée thérapeutique ne réside pas dans un rôle professionnel spécifique, de sorte que les discussions d'équipe sur les cas sont un des moments importants du travail. La meilleure stratégie à un moment donné est celle découlant de la mise en commun des observations et des solutions[1]. Finalement, le travail d'équipe et la valorisation de chacun sont jugés fortement instrumentaux dans le partage de l'anxiété devant les difficultés et les décisions à prendre, comme dans le soutien de la motivation[2].

5) Un préjugé favorable à la *flexibilité et au pragmatisme* apparaît dominant. Que ce soit en termes de stratégies thérapeutiques ou de réinsertion sociale, les Italiens semblent croire dur comme fer à la primauté de la pratique, du pragmatisme, du travail sur le cas individuel. Ils se méfient des modèles abstraits et rigides, des solutions générales toutes faites. Un psychiatre suisse me disait: «L'hôpital psychiatrique à Bâle est propre, luxueux, en apparence thérapeutique, mais ici (dans un C.I.M. de Rome, en zone prolétaire) avec des moyens plus pauvres, j'ai l'impression de faire plus. À Bâle, les patients sont réinsérés dans des ateliers protégés par catégorie de gravité; ici, on cherche des solutions taillées sur mesure pour un patient donné».

1.2 Les indicateurs de succès

La réserve exprimée en début de section sur l'impossibilité d'une évaluation rigoureuse et définitive de la réforme italienne vaut aussi, bien qu'à un degré moindre, pour les expériences avancées. D'autre part, il s'imposerait de faire une évaluation circonstanciée de chacune d'entre elles, car bien des différences les séparent[3].

Néanmoins, j'énumérerai ci-dessous les indicateurs, quantitatifs ou qualitatifs, objectifs ou subjectifs (opinions), qui, de l'avis d'observateurs de provenance variée (italiens ou étrangers, enthousiastes ou critiques de la réforme), amènent à la conclusion que la psychiatrie à l'italienne constitue, à tout le moins, une expérience féconde

1. J'ai pu vérifier ceci dans quelques réunions d'équipe sur les cas auxquelles j'ai assisté. Au-delà du fait que chacun a tendance à y donner son point de vue, on observe deux choses: le leadership de la discussion tend à être fluide et rarement on ne procède autrement que par consensus. À titre d'exemple, j'ai vu dans une réunion un infirmier proposer, dans le cas d'un jeune schizophrène à tendance alcoolique, que le groupe arrête, à titre d'essai, la pharmacothérapie et travaille à ce que le patient diminue sa consommation de café et d'alcool. Dans un autre cas, le leadership d'une longue discussion était dans les mains d'une sociologue (avec dix ans d'expérience de terrain) et non du psychiatre théoriquement responsable du cas.
2. L'aplanissement relatif de la hiérarchie des salaires (le psychiatre de base gagne de une fois et demie à deux fois le salaire de l'infirmier) n'est probablement pas étranger au soutien de la motivation dans les expériences avancées (avec le défi évidemment).
3. Les Italiens, jusqu'ici occupés à travailler et mobiliser, ont fait peu de recherches systématiques sur leur travail. Ils sont en train de s'y mettre. Voir par exemple De Salvia et Crepet, 1982.

qui interpelle la psychiatrie. J'ajouterai (et on le verra ci-dessous) qu'une partie de ces indicateurs sont des jugements d'un certain nombre d'intervenants des expériences avancées. Une bonne partie, sinon tous, sont critiques vis-à-vis de certains aspects de la réforme, de certaines expériences et de certaines caractérisques de la psychiatrie italienne (la formation, par exemple). Par contre, ils sont unanimes sur plusieurs des points ci-dessous: cela m'apparaît une présomption de crédibilité.

1.2.1 La désinstitutionnalisation

La leçon de Trieste, Pérouse, Arezzo, Parme, etc. est que l'on peut, entièrement ou presque, vider l'hôpital psychiatrique non seulement de ceux qui n'auraient jamais dû y être, mais aussi des patients psychiatriques dits «irrécupérables». Les études de cas de la désinstitutionnalisation à l'italienne[1] montrent qu'on peut aller très loin pour donner une certaine dignité à des êtres humains réduits au statut d'objets. Parmi les ex-psychiatrisés de très longue date, un certain nombre ont réintégré leurs familles; d'autres ont un emploi régulier à temps plein et mènent une vie autonome; d'autres travaillent à temps partiel; même les moins fonctionnels ont recouvert, dans les appartements de groupe, un minimum d'autonomie et de «subjectivité».

Ceci ne signifie évidemment pas que la chronicité est éliminée, ni que l'asile, au sens d'hébergement prolongé de patients relativement peu fonctionnels, a entièrement disparu. Une partie des lits des S.D.C. ou des C.I.M., comme aussi des mini-foyers (appartements), servent à héberger la «chronicité irrémédiable et non fonctionnelle». Ce qu'on peut dire, c'est que le nombre de ces lits de type chronique pour patients longuement institutionnalisés peut être sensiblement réduit et que, d'autre part, la qualité de vie de ces patients s'est indiscutablement élevée (fonctionnement partiel, entraide, soutient «humain» du personnel, etc.). Autrement dit, *on peut éliminer la vaste majorité des lits de l'asile* (à l'exclusion, si l'on veut, des lits psychogériatriques), et les nouveaux «mini-asiles» peuvent être des lieux où «l'humanité» a droit de cité.

Bref, les expériences italiennes semblent démontrer qu'une désinstitutionnalisation massive est possible. Rappelons toutefois qu'une évaluation très rigoureuse des résultats de ces expériences, dans toutes leurs dimensions, doit être effectuée, évaluation qui, à ma connaissance, n'existe pas.

---

1. Voir, par exemple, la collection de cas racontée par Giuseppe Dell'Acqua (en bibliographie).

1.2.2 La «nouvelle demande» dans les expériences avancées

1) *L'indicateur de succès le plus général* peut être résumé en ces termes: les expériences avancées en Italie semblent démontrer que l'ensemble de la pathologie mentale peut être traité en réduisant au minimum les hospitalisations de toutes sortes et, surtout, que les psychoses (plus généralement les pathologies lourdes) sont traitables sans hôpital psychiatrique (c'est-à-dire sans hospitalisation psychiatrique au sens classique du terme: réclusion plus ou moins prolongée et plus ou moins chronique dans une institution isolée). Un service psychiatrique médico-social peut répondre humainement et thérapeutiquement à la demande la plus lourde dès lors que la prise en charge communautaire de la maladie mentale est réelle, par opposition aux débats symboliques ou à la désinstitutionnalisation d'abandon (nommée en Italie «psychiatrie reaganienne»). C'est un point de fierté des expériences avancées: la psychiatrie d'abandon y est bannie.

   En d'autres termes, une *prise en chage globale, continue, accessible* des problèmes de santé mentale permet 1) de réduire possiblement le *nombre* mais surtout la *gravité* de la chronicité et, en conséquence, 2) de maximiser le maintien et la réinsertion dans les milieux de vie naturels.

   Ce paragraphe appelle toutefois plusieurs commentaires:

— L'absence d'abandon est aisément constatable. Des efforts constants sont faits par le service pour ne jamais perdre le contact avec le patient. La notion de «refus de traitement/patient résistant et fuyant» est considérée comme une idéologie professionnelle commode de tout service qui ne met pas la continuité du contact comme la condition première de la stratégie thérapeutique au sens large.

— Cela ne veut pas dire que toute hospitalisation est éliminée. D'une part, on l'a vu, la Loi autorise l'hospitalisation de crise dans les S.D.C. En deuxième lieu, les psychiatres avancés ne refusent pas a priori d'autres types de solutions hospitalières pour des cas précis, par exemple des dépressions (surtout dans la mesure où elles sont le résultat d'une négociation avec le patient). Dans ce genre de cas, on utilise, à la rigueur, des départements de l'hôpital général. En troisième lieu, subsistent, dans les villes, les cliniques universitaires qui accueillent cependant une clientèle plus légère (dépressions, psychoses moins graves, etc.).

— Le problème des cliniques privées mérite des commentaires particuliers. Ailleurs que dans les expériences avancées, les clini-

ques privées fleurissent (voir plus loin). J'ai demandé, à Pérouse et à Trieste, combien de psychotiques de leur bassin se faisaient hospitaliser ailleurs (les données peuvent être connues à cause d'un mécanisme administratif qui fait que pour être remboursé, tout soin à l'extérieur de la région doit être déclaré à l'U.S.L. locale, mais aussi parce que dans les contextes de ville moyenne, tout se sait). À Trieste (350 000 habitants), pour l'année 1984, il y a eu 60 admissions (épisodes donc) dans une clinique privée conventionnée avec l'U.S.L., ce chiffre incluant des psychotiques (légers) et apparemment en grande partie des «madames déprimées»[1].

— Il faut bien insister sur un point: les réformateurs italiens disent que ce qui doit être éliminé d'abord, c'est l'hôpital psychiatrique de longue durée. Il faut ensuite éliminer ou réduire au maximum toute prise en charge «objectifiante», «ségrégationniste» du patient psychiatrique. C'est pourquoi, l'examen brut de la quantité de ressources disponibles (lits et autres) pour un bassin de population donné est finalement une mesure très superficielle de la qualité de la psychiatrie qui s'y pratique. Un «lit aigu» peut servir à des électrochocs ou comme «lit de crise» dans un milieu où, au lieu de faire taire la crise, on s'en sert sur le plan psychothérapeutique; un lit de famille d'accueil peut équivaloir à une hospitalisation chronique à domicile, etc.

— Ce qui amène au test crucial de la nouvelle psychiatrie: la quantité/qualité de la chronicité évitée/produite. Les psychiatres globaux italiens prétendent que la prise en charge globale, réelle, réduit le nombre et la gravité de la chronicité. Comme en Amérique du Nord, les Italiens distinguent la chronicité de la maladie/des symptômes de la chronicité fonctionnelle. Selon eux, une psychiatrie globale de qualité fera la preuve qu'on peut à la fois réduire le *nombre et la gravité de la chronicité fonctionnelle*, et, ce qui y est lié, au moins *la gravité de la chronicité de la pathologie*.

  Ils auront là-dessus à nous fournir des données quantitatives précises pour soutenir leurs affirmations actuelles qui sont de cet ordre: plus le patient (même le plus lourd) est pris en charge «humainement», dans la totalité de ses besoins, plus on observe que l'intensité des symptômes baisse, que les crises sont moins fréquentes et surtout moins violentes pour le patient comme pour

1. En ce qui concerne Pérouse, les données n'étaient pas disponibles. Par ailleurs, l'affirmation suivante des psychiatres avancés reste à confirmer: la psychiatrie globale s'impose lentement auprès du public par sa qualité, et réduit la tentation de recourir à l'hospitalisation privée, surtout que celle-ci — presque toujours — ne résout pas le problème (comme l'illustre, pas exemple, le cas vécu du jeune psychotique de bonne famille traité dans une super-clinique suisse et qui se pend au retour en Italie).

le contexte. Une prise en charge biopsychosociale de qualité fait que non seulement la pathologie n'empire pas de façon «processuelle», mais que c'est la plupart du temps l'inverse qui se produit. En d'autres termes, la qualité de vie des patients (même des plus lourds) au sens le plus large (état physique et psychologique personnel, fonctionnement social, dignité, autonomie, pouvoir de négociation) s'élève indiscutablement en proportion de la solution médico-sociale réelle des problèmes du patient. *La chronicité, donc, n'est une donnée ni naturelle, ni stable.* Elle peut presque toujours évoluer en fonction des actions du service.

En termes quantitatifs, on estime, dans le cas de la schizophrénie par exemple, qu'une psychiatrie globale ne devrait pas tolérer plus qu'environ 10 pour cent de chroniques (au sens fonctionnel), de patients devant lesquels le service a le sentiment qu'aucun progrès, aucune insertion sociale significative n'apparaît possible[1].

2) D'autres *indicateurs plus partiels* témoignent également du succès des expériences avancées.

— En ce qui concerne la durée des «traitements sanitaires obligatoires» ou des hospitalisations dans les S.D.C., elles sont très inférieures à ce qu'elles étaient dans l'hôpital traditionnel. Les moyennes à cet égard sont une mesure conservatrice, certaines personnes pouvant rester longtemps (jusqu'à une année) dans un S.D.C. pour des raisons aberrantes, comme l'absence de logement (paradoxes de l'Italie!). Voici quelques moyennes à titre indicatif: C.I.M. de Gênes, 9 jours, C.I.M. de Pérouse, 18 jours[2].

À bien des endroits, le S.D.C. joue sans doute la fonction de porte tournante pour une partie de la clientèle à tendance chronique, même si le nombre relatif de chroniques lourds et plus ou moins abandonnés est probablement inférieur par rapport au contexte nord-américain. Ceci n'est guère le cas dans les expériences avancées où on utilise très peu le S.D.C. et où on gère la crise dans les C.I.M. (Trieste) ou le plus possible en dehors du contexte hospitalier (centres de jour, centres de crise, domicile). À moyen terme,

1. On considère que l'estimation courante de 25 à 35 pour cent de «schizophrènes processuels» est simplement le résultat de l'absence de prise en charge globale, biopsychosociale. Il convient d'insister du reste sur leur conception et attitude devant la notion de chronicité. Un psychiatre me disait: «la chronicité n'existe pas ontologiquement, c'est un concept et il faut le refuser si on veut comprimer jusqu'au maximum «incompressible» la réalité de de la chronicité». Même les (environ) 10 pour cent tolérables de chroniques sont peut-être jusqu'à un certain point non pas le résultat de l'évolution naturelle de la maladie, mais des faillites à analyser du service. Ce n'est qu'à l'extrême limite que ce dernier a le droit d'abandonner la bataille.
2. Il faut cependant noter que la signification de ces moyennes n'est pas univoque. Dans le cas des équipes avancées, elles sont un indice de qualité de prise en charge autre que pharmacologique. Dans d'autres cas, comme le rapportent Jones et Poletti (1985), elles peuvent signifier une prise en charge déficiente (congé accéléré), à cause d'un nombre insuffisant de lits.

le leadership réformateur voudrait remplacer la structure hospitalière (objectifiante) du S.D.C. par des structures du type centre de crise.

— Selon les équipes avancées, le pourcentage de rechutes est inférieur à ce qu'il était dans le système traditionnel. Ces affirmations sont prouvées par au moins une recherche publiée (Bonizzoni, 1983).

— Le taux de médication, selon les psychiatres italiens, est nettement inférieur aux moyennes traditionnelles de l'asile et, apparemment, aux standard de la pratique nord-américaine usuelle. Voici les informations fournies par une équipe avancée en ce qui concerne la médication des nouveaux schizophrènes:

«Lors de crise psychotique aiguë, nous dépassons rarement le dosage de 200 mg par jour de Mellaril (Thioridazine), seule ou associée avec Serenase (Haloperidol), 25 à 30 gouttes par jour (10 gts = 1 mg). Selon nos collègues américains, cela correspond à 1/3 des moyennes U.S.A.»[1].

Bref, les psychiatres italiens sont convaincus d'avoir démontré, dans les expériences avancées, l'invalidité des trois thèses justifiant l'existence de l'hôpital psychiatrique: le caractère dangereux du malade mental[2], la nécessité de l'hospitalisation automatique lors de la crise et le postulat d'un pourcentage relativement élevé de chronicité psychotique qui ne peut faire l'économie de courtes ou longues hospitalisations. Les données quantitatives et qualitatives incontestables et définitives ne sont pas encore disponibles, mais un fait est là pour l'observation: dans certaines régions, on arrive à fonctionner sans hôpital psychiatrique mais aussi sans abandon ni médicalisation excessive de la souffrance mentale.

Par contre, même dans les expériences avancées, les professionnels de la santé mentale ne s'illusionnent pas sur le chemin qui reste à faire. La communauté tolère «le fou», elle ne l'intègre pas entièrement. La réinsertion sociale n'est jamais acquise. Dans les entreprises, par exemple, il faut travailler sans cesse pour faire accepter le handicap du «fou» par la gérance, le syndicat, les collègues de travail. Plus généralement, l'intégration du «fou» suppose une société intégratrice au sens noble du terme, c'est-à-dire une société ouverte,

1. Les données sont rapportées ici à titre indicatif. Des données plus systématiques et plus générales seront disponibles dans un futur rapproché (recherches en cours).
2. Dans le «case-mix» des équipes avancées, les histoires de cas abondent, qui montrent que le caractère dangereux du malade mental dépend presque entièrement du type de la qualité du rapport que le service ou l'intervenant tisse avec le patient et le contexte.

sociable, participante, ouverte sur le prochain. La prévention débouche au niveau le plus élevé, celui de la «bonne» société.

2. Les vicissitudes de la réforme au plan national

Malgré des succès indéniables dans les expériences avancées, les psychiatres italiens progressistes constatent avec amertume, sept ans après le passage de la Loi, que la réforme rencontre de sérieuses difficultés sur une majeure partie du territoire national. Plus justement, il faudrait sans doute dire qu'à bien des endroits, la réforme n'a pas eu lieu, que la Loi ou bien n'a été appliquée qu'au niveau du respect strictement formel de la lettre ou bien n'a pas été appliquée du tout. (Les raisons en seront analysées dans le Chapitre IV.)

Voici d'abord quelques données factuelles sur les événements.

Congés des hôpitaux psychiatriques publics

À Trieste, la fermeture de l'hôpital a nécessité neuf années de travail intense dans une situation où le changement était porté par un mouvement social fortement mobilisé. La situation est maintenant inverse: le mouvement social s'est fait institution agissant sur un terrain plus ou moins fertile pour le changement et avec des moyens limités (voir Section IV pour des développements). On ne s'attendra donc pas à ce que les hôpitaux psychiatriques aient disparu.

Selon les recoupements de données que j'ai pu effectuer (Legrand, 1985; Salute e Territorio, 1982), il y avait en Italie, au 31 décembre 1978 (entrée en vigueur de la Loi), environ 65 000 patients dans les hôpitaux psychiatriques, dont environ 50 000 en hôpital psychiatrique public et 15 000 dans une soixantaine de cliniques privées. En 1981, il restait en hôpital psychiatrique public environ 35 000 patients, soit une diminution d'environ 30 pour cent[1].

Il semblerait que, jusqu'en 1983, la situation ait relativement peu changé. Sur la signification de ces chiffres, il y a eu, en principe, blocage des entrées. Mais on ne peut pas évaluer les congés «réussis», car on ne connaît ni le nombre de décès, ni le nombre de congés «sauvages»[2].

1. Enquête CENSIS — CISEFF (1982).
2. Ceux-ci ont probablement été moins élevés que ce que la presse, même éclairée (L'Espresso, Panorama), reflète. Il y a eu l'épisode de Naples, d'un Directeur d'hôpital psychiatrique (adversaire de la Loi) qui a tout simplement loué des autocars et déposé patients et bagages, soit à la porte des maisons, soit sur les perrons des mairies (pour les sans-famille). (Le lecteur n'oubliera pas que les Napolitains ont une longue réputation de grands comédiens!) Mais on n'a pas de preuves de congés d'abandon sur grande échelle.

Les cliniques privées

Il y en a de deux sortes: les cliniques conventionnées avec les U.S.L. (patient remboursé) et les cliniques privées à paiement. Les premières (assujettis à la Loi, elles auraient dû fermer leur portes au 31 décembre 1981) fonctionnent encore (avec des conventions légales mais illégalement par rapport à la Loi nationale!) dans la plupart des régions, surtout dans les grandes villes. Un bon nombre d'entre elles sont gérées par des ordres religieux. Religieuses ou laïques, leur fonction est néanmoins ambiguë: elles constituent un des foyers de résistance à la réforme (intérêts économiques, y compris postes de travail, influence des psychiatres traditionnels) en même temps qu'elles servent actuellement de soupape indispensable partout où la prise en charge intermédiaire voulue par la Loi est déficiente. Pas étonnant que les administrations continuent à renouveler leurs conventions[1].

Quant aux cliniques privées à paiement, elles ne sont pas touchées par la Loi. Elles reçoivent naturellement une clientèle favorisée et, en majeure partie, légère.

Les asiles judiciaires

Il y a en Italie cinq asiles judiciaires qui ne sont pas touchés par la Loi. Il n'y a pas d'indications d'une «criminalisation» des patients psychiatriques à la californienne (Daga, 1985). Il n'y a pas d'indices non plus d'augmentation des taux d'homicide (de la plupart de patients) à la suite de la réforme.

Les cliniques universitaires

Il y avait en Italie, en 1979, 20 cliniques universitaires de psychiatrie (4 500 admissions/année). Les cliniques universitaires ne sont pas touchées par la prescription de démantèlement. La Loi dit simplement qu'elles doivent être intégrées dans les plans sanitaires régionaux à la fois pour ce qui touche les activités d'enseignement et celles d'assistance sanitaire.

Dans les faits, l'intégration en est à ses balbutiements pour deux raisons principales. D'une part, les facultés de médecine sont financées par le ministère de l'Éducation et une bonne partie de leurs «barons»[2] résistent de façon générale à la perte de pouvoirs et privilèges que représente l'intégration dans le S.S.N. (Mosher, 1983).

1. Certaines de ces cliniques tendent maintenant à se reconvertir en unités psychogériatriques et pour chroniques (Legrand, 1985).
2. Terme italien correspondant aux «patrons» français. Les deux pays se ressemblent quant au poids du pouvoir personnel des «patrons».

D'autre part, une partie des cliniques universitaires (la moitié au moins selon un de mes informateurs), soutenues en cela par l'industrie pharmaceutique, sont aujourd'hui un de lieux d'aggrégation des forces de la «contre-réforme» (voir Chapitre IV). Leur clientèle, par ailleurs, tend à être plus légère.

Les services territoriaux

C'est «l'épine dans la rose» de la réforme pour employer l'expression de Mosher. C'est une lapalissade aujourd'hui que d'affirmer qu'il n'y a pas de désinstitutionnalisation réussie de la souffrance mentale sans services territoriaux globaux (au sens des expériences avancées). Or, pour des raisons économiques et autres, les services territoriaux ne disposent pas, sur une grande partie du territoire, des moyens ou des conditions pour réaliser les ambitions de la réforme, en particulier les ressources strictes (personnel, ressources intermédiaires), la préparation et la motivation du personnel, la réceptivité politique et de la communauté au changement (voir Chapitre IV pour des développements). Les graves lacunes dans l'institution des services territoriaux font que la réforme piétine sur une large part du territoire national et alimentent, de façon importante, les tendances à la contre-réforme.

Les services de diagnostic et de cure (S.D.C.)

Ils ont été généralement institués sur tout le territoire, mais avec de graves lacunes dans les localités mal administrées. On parle de l'institution d'une moyenne de 5 lits/100 000 habitants, avec des différences sensibles selon les régions (auxquelles revient la fixation des normes). Exemples:

Pérouse: 12 lits/600 000 habitants

Bologne: 30 lits/600 000 habitants

Rome : 45 lits/3 000 000 habitants

La compréhension des raisons de ces différences (mauvaise gestion, présence d'autres ressources, type de prise en charge par les C.I.M.) exigerait des recherches qui n'existent pas, de la même manière qu'il y a peu de données sur le fonctionnement des S.D.C. Plusieurs observateurs étrangers et psychiatres italiens font cependant état de diverses lacunes, la plus importante étant, sur toute la partie du territoire où la réforme est mal appliquée, leur isolement par rapport aux C.I.M., conjugué (les deux vont ensemble) à une approche «psychiatrisante» (contrôle pharmacologique). À tous ces endroits, le S.D.C. joue sans doute la fonction de porte tournante pour la par-

tie de la clientèle à tendance chronique qui n'est pas réellement prise en charge par les services territoriaux[1].

Cet état de fait est le résultat de plusieurs facteurs qui se cumulent: d'une part, souvent les S.D.C. sont dirigés par des psychiatres traditionnels indifférents ou hostiles à la réforme, ou peut-être plus souvent manquant des compétences nécessaires à la nouvelle psychiatrie. D'autre part, cette situation est le résultat de l'omission d'encadrement de la part du leadership territorial qui, évidemment, est actuellement débordé par les problèmes que la réforme rencontre sur le territoire. Plus généralement, le dysfonctionnement des S.D.C. dénote tout simplement l'absence de décollage ou la perte de vitesse de la réforme.

On rapporte également les problèmes suivants: isolement du S.D.C. au sein de l'hôpital général, locaux inappropriés et restreints, portes fermées (Legrand, 1985).

En guise de synthèse: rapidement et en schématisant, la non-application de la Loi a consisté essentiellement dans l'absence d'une programmation cohérente et d'une réalisation dans les faits des services territoriaux: C.I.M. et institutions d'appui (foyers de groupe, centres de jour, etc.). Cette non-réalisation dans les faits de la Loi varie, selon les régions, entre des efforts appréciables et du sabotage systématique (C.I.M. fonctionnant sur le mode bureaucratique de 8 h 00 à 14 h 00, abandon des patients), en passant par des régions où les efforts ont été très timides.

Ceci s'est traduit, sur une grande partie du territoire, par toute une série de phénomènes négatifs. Le congé des patients psychiatriques a ralenti: alors que dès la première année, 17 pour cent des patients ont reçu leur congé, jusqu'en 1983 seulement environ un tiers des patients avaient quitté l'hôpital. De plus, l'absence de prise en charge sociomédicale ou globale des patients fait que, dans plusieurs régions, subsistent des cliniques privées tolérés (subventionnées) ou même clandestines où affluent les nouveaux ou les ex-patients. Cette même absence de prise en charge, si efficace dans les régions avancées, fait que les familles portent souvent un lourd fardeau. Finalement, où il y a congé de patients sans prise en charge de rechange, on assiste aux phénomènes d'abandon typiques de la «psychiatrie reaganienne»[2].

1. Les Italiens commencent à faire des recherches là-dessus. On devrait avoir bientôt des données plus précises.
2. Au moins une recherche (en Émile-Tromagne) démontre, comme on peut s'y attendre, que l'abandon des patients entraîne une augmentation des taux de suicide.

Le problème de la «révolte des familles» mérite quelques commentaires supplémentaires. Effectivement, à plusieurs endroits (dans les grandes villes surtout, en particulier les plus rétrogrades par rapport à la réforme), les «fous» sont dans la rue, sur le dos des familles ou abandonnés: le ressac est puissant. Mais la situation n'est pas aussi simple que celle rapportée dans certains comptes rendus. Il existe effectivement une association de familles dont la revendication cependant (surtout celle de la base) est ambiguë. En même temps qu'elle demande une sorte de restauration (foyers pour chroniques, surtout pour les plus «dangereux»), elle réclame l'implantation des services territoriaux pour soulager les familles, de sorte qu'elle alimente simultanément la défense de la Loi par les réformateurs comme la conquête de son abrogation par les contre-réformateurs. De plus, il existe une association de familles concurrente qui, elle, milite avec vigueur pour le maintien de l'idée centrale de la Loi (l'élimination de toute institution de réclusion chronique).

L'ensemble des phénomènes négatifs décrits ci-dessus ont entraîné un vaste mouvement de ressac dans l'opinion publique, sur lequel plusieurs forces sociales (partis politiques, gouvernement, certains milieux médicaux) se basent pour promouvoir une vaste contre-réforme au niveau de l'opinion publique comme au plan d'une restauration législative. Un projet de loi traîne dans les officines gouvernementales depuis mai 1982 et pourrait bien voir le jour. La caractéristique centrale de ce projet est de rétablir en quelque sorte l'hospitalisation psychiatrique par dilatation des S.D.C., pour le traitement des crises aiguës, et rétablissement de pavillons psychiatriques de 180 lits (pavillons des anciens hôpitaux psychiatriques ou nouvelles maisons protégées) pour les chroniques.

Pour les psychiatres sociaux, on risque de reculer de vingt ans, de revenir aux aberrations de l'asile et même du «secteur»: les C.I.M. auraient le loisir de s'occuper des cas légers, des «beaux cas», les lits des S.D.C., des hôpitaux et des foyers pour «chroniques définitifs» facilitant la décharge de la demande lourde.

Où va la réforme italienne? On ne s'attardera pas ici à un long exercice de prospective sur le sort historique concret de la Loi, de la réforme et de la menace de contre-réforme. En plus d'être hasardeux (vu la complexité de la dynamique sociopolitique italienne), cet exercice ne m'apparaît pas prioritaire dans le cadre de ce rapport. On donnera simplement ici un bref aperçu de la situation.

Il est vrai qu'un puissant ressac, au plan politique comme au plan de l'opinion publique, menace la réforme. Mais les jeux ne sont pas faits. D'un côté, les petits partis politiques du centre-droite proposent

une restauration (essentiellement le rétablissement d'un certain nombre de lits pour chroniques). Par contre, le Parti communiste défend, dans ses grandes lignes, la Loi et la Démocratie chrétienne est, comme toujours, déchirée entre sa droite et sa gauche (notons ici que l'organisme catholique Caritas, très puissant et actif actuellement, soutient la Loi). Le Parti socialiste (plus puissnt que ses 10-15 pour cent du vote) médite encore. On a vu par ailleurs que la revendication des familles n'est pas univoque. Quant au corps psychiatrique, il est lui aussi partagé (voir ci-dessus Cliniques universitaires et Chapitre IV, 2.1). Bref, le danger de restauration est réel mais la situation est encore ouverte.

Chapitre IV
Les raisons des difficultés au plan national

Pourquoi donc, à sept ans de l'application de la Loi, celle-ci n'est pas appliquée, ou seulement timidement, sur une grande partie du territoire italien?

Trois raisons font qu'une réponse générale, exhaustive et relativement précise ne peut être fournie à cette question dans les limites du présent rapport. D'une part, vu l'extrême diversité du pays, une analyse circonstanciée donnerait, pour chaque région, un tableau largement différencié. D'autre part, quiconque a seulement une petite idée de la complexité de la dynamique sociohistorique du pays conviendra aisément que répondre avec précision à une question aussi vaste et complexe exigerait, surtout de la part d'observateurs étrangers, une recherche plus longue et approfondie que le dépouillement de la littérature existante complété de quelques entrevues. Finalement, nous assistons à l'Histoire qui se fait et même aux yeux des Italiens, temps, données et recherches seront nécessaires pour voir entièrement clair dans ce grand bouleversement social.

Ceci dit, il m'est apparu possible, sur la base des documents disponibles et des renseignements fournis par mes informateurs, de cerner, dans ses grandes lignes, les raisons des difficultés. Cet exercice, imparfait, se justifie dans l'espoir que «l'histoire approximative» ci-après puisse fournir des pistes de réflexion et d'action pour la réorganisation des services psychiatriques au Québec.

Le phénomène central à analyser est l'absence de services adéquats. Mais cela n'est pas suffisant car il y a aussi le mauvais fonctionnement des services territoriaux, là où les ressources sont suffisantes.

1. L'absence des services territoriaux

Le phénomène a été noté, mais il vaut la peine d'être repris car il est central. Dans plusieurs régions, on n'a pas implanté les services territoriaux comme solution de rechange à l'hôpital psychiatrique. On remarque en effet l'absence d'équipes de territoire (manque de personnel) ou le fonctionnement minimum du C.I.M. (8 h 00 à 14 h 00), l'absence de ressources de soins ou d'hébergement intermédiaires (centres de jour, apppartements, etc.). C'est le premier phénomène

à la source des difficultés car, dans les mots de Franca Ongaro-Basaglia:

> «[...] *l'absence d'offre de services empêche qu'on puisse modifier la demande des patients et de leurs familles, plus généralement qu'on puisse modifier la culture publique sur les services psychiatriques*» (Ongaro-Basaglia, 1984).

Mais il faut l'expliquer à son tour.

1.1 La crise économique

Ce facteur compte sans doute pour quelque chose. Comme ailleurs en Occident, la crise économique empêche l'État de distribuer les ressources (en hommes et capital) de façon pléthorique. Certes, si l'abondance avait permis à l'État d'injecter dans les services psychiatriques (sous forme de budgets protégés) suffisamment de fonds pour rendre possible la création de services territoriaux adéquats (en équipements et personnel), le cours de la réforme aurait sans doute été modifié. Legrand (1983) note que «vider» l'hôpital psychiatrique tout en répondant à la nouvelle demande avait exigé des expérimentateurs avancés un investissement considérable[1].

Mais, à part le fait que ces politiques «malthusiennes» de l'État masquent la crise plus générale et maintenant bien connue de l'État-providence, on peut voir en Italie que ce facteur est loin de constituer la seule raison ou même la raison essentielle de l'absence de services territoriaux adéquats. Car si les ressources territoriales en psychiatrie manquent, elles abondent à côté: en psychiatrie (cliniques privées, maintien des hôpitaux psychiatriques publics) et ailleurs (d'étonnants gaspillages existent dans l'ensemble du système de santé). Il faut donc creuser plus à fond.

---

1. Le problème des économies à réaliser avec la fermeture de l'hôpital psychiatrique demanderait à être approfondi. Je note que, selon un spécialiste des questions psychiatriques, «il s'agit, on le sait, d'un vieux débat difficile à trancher» (Legrand, 1983). En termes de cure/réadaptation, pour une incidence donnée, les jugements sont en Italie partagés: certains pensent qu'une psychiatrie non institutionnelle coûte plus cher; d'autres, que les bénéfices à long terme d'un maintien fonctionnel maximum à travers une psychiatrie globale non institutionnelle (ou avec recours minimum à des solutions institutionnelles) sont plus élevés que les coûts.

   On trouve d'ailleurs des ambiguïtés dans la littérature évaluative: Ramon (1985) affirme que la psychiatrie à l'italienne coûte moins cher que le système traditionnel en même temps qu'elle nous dit qu'elle est à forte intensité de main-d'œuvre. Il faudrait donc faire le point sur toute cette question. Il est évident par ailleurs que la prévention de la souffrance psychique et sociale au sens large (c'est-à-dire la diminution de l'incidence des problèmes) ne peut être que rentable économiquement. On notera aussi que les réformateurs italiens se sont toujours démarqués par rapport aux stratégies «reaganiennes» d'élimination de l'hôpital psychiatrique pour des raisons économiques. On s'est battu pour des motifs humanitaires et thérapeutiques d'abord.

1.2 La victoire «apparente» de 1978

Il est temps de dire un mot sur comment un mouvement social relativement minoritaire (le mouvement de gauche Psychiatrie démocratique) réussit à faire passer au plan national une loi aussi socialement bouleversante que la Loi 180.

On a dit (voir Chapitre I) que le mouvement psychiatrique italien s'est intégré, de 1965 à 1978, avec les autres luttes sociales et qu'il a pu tirer parti du momentum historique de transformation de différents aspects de la société italienne. La réforme psychiatrique et ses promoteurs apparaissent avoir été portés en quelque sorte par une «vague» de l'Histoire, car la réforme semblait s'inscrire dans le sens du progrès: justice sociale, anti-autoritarisme, décentralisation, luttes contre la marginalisation, libération de la femme, etc. Cette vague de l'Histoire correspondait du reste à la montée des «gauches» dans l'électorat et aux victoires de la «gauche psychiatrique» sur le terrain (renforcement et élargissement des expériences novatrices). Vers la fin des années 70, Psychiatrie démocratique a des entrées dans les corridors du pouvoir (surtout au plan déterminant du palier régional), ce qui signifie qu'après le passage d'une loi nationale, elle pourrait faire nommer «les siens» aux postes clés pour l'application de la réforme[1].

L'aboutissement législatif fut aussi favorisé par une conjoncture politique très spécifique, soit l'existence du gouvernement d'Union nationale (du «compromis historique» Parti communiste et Démocratie chrétienne) et les intérêts de chacun des partis. D'une part, les deux grand partis politiques (70 pour cent environ du vote populaire) s'étaient engagés dans un vaste défi commun de transformation de la vie sociale italienne. Toute réforme progressiste bénéficiait d'un préjugé favorable.

D'autre part, chacun des deux partis fut, un peu malgré lui, entraîné à donner son aval à une loi dont plusieurs pensaient qu'elle était bâclée et prématurée au sens où il aurait été possiblement préférable d'étendre les expériences avancées progressivement, en commençant par les régions les plus prêtes à une telle réforme. La Loi fut en effet rédigée et approuvée très rapidement sous la menace du Parti radical de tenir un référendum national sur la question des soins psychiatriques, référendum qui, dans le contexte idéologico-culturel de l'époque, avait des chances de passer et qui aurait laissé le pays sans loi sur les services psychiatriques.

---

1. Selon un informateur de Psychiatrie démocratique. Il faut ajouter, pour le bénéfice du lecteur, que le patronage politique est coutume très répandue en Italie.

Les deux grands partis auraient préféré légiférer moins vite mais ils étaient devant la menace de l'anarchie et d'une défaite politique. Le sommet de la Démocratie chrétienne avait peur de perdre une nouvelle bataille[1] (pendant que sa base hétéroclite allant de la droite à la gauche n'était pas toute favorable à la Loi). Le Parti communiste jouait, lui, prudent et naviguait entre les écueils: il favorisait et soutenait le mouvement général (peur d'être débordé sur sa gauche), en même temps qu'il était prudent vis-à-vis des comportements de la gauche psychiatrique sur le terrain (sensibilité, à saveur électoraliste, à l'évolution de la culture populaire). De sorte qu'une loi prématurée, disent plusieurs aujourd'hui, passa sous le couvert de l'union sacrée et de la fuite en avant politique.

On s'aperçoit aujourd'hui qu'en dessous des flots de la vague, le sable était mouvant. Les promoteurs de la Loi avaient peut-être surestimé leurs appuis et sous-estimé leurs ennemis et les résistances. Ceux-ci s'avancent aujourd'hui au grand jour.

1.3 Les principales résistances et raisons de dysfonctionnement

Avant de discuter des principaux facteurs de résistance à la réforme, on mentionnera brièvement trois éléments du contexte dans lequel ces résistances s'insèrent, éléments qui les favorisent ou jouent dans le même sens.

Le premier concerne les *lacunes de la Loi* et de son application. La Loi est suffisamment vague sur certains points que les résistances ont beau jeu de s'exercer à leur aise. Répétons la principale lacune de la Loi: elle dit que les régions doivent mettre en place des services territoriaux sans toutefois être obligées à quoi que ce soit, en termes de ressources et de fonctionnement. Aussi, les régions ont été parfaitement libres d'avancer ou de rester sur place. On a vu aussi que la Loi ne touche pas aux cliniques privées à paiement[2], pas plus qu'elle n'a de dents pour ce qui est des cliniques universitaires, avec tout l'impact que cela a sur l'intégration entre formation et organisation des services territoriaux. Rappelons aussi que la Loi ne comporte pas de sanctions et que, de toute façon, maintes lois nationales ne sont pas appliquées en Italie.

1. La Démocratie chrétienne avait déjà encaissé, de 1970 à 1977, une longue série de défaites référendaires et autres.
2. Il faut noter que ceci serait impensable dans le cadre de la démocratie italienne. Par ailleurs, il ne s'agit probablement pas du plus gros problème, à moins d'une privatisation massive du S.S.N. (à l'ordre du jour en Italie aussi), car la clientèle en est et en restera nécessairement limitée.

Le deuxième élément, qui semble avoir un impact considérable, est constitué par ce que les Italiens eux-mêmes, experts et profanes, n'hésitent pas à nommer la «plaie» de l'Italie: *la faible qualité générale de l'administration publique*. Cela a plusieurs conséquences pour le sort de la réforme psychiatrique. D'abord, les ressources pour la psychiatrie manquent, dans un contexte où il y a, dans le secteur de la santé et ailleurs, un gaspillage considérable de fonds publics. En deuxième lieu, l'inefficacité et le bureaucratisme de l'administration sont des facteurs de freinage, donc de démotivation pour les intervenants. Finalement, la réforme psychiatrique souffre, auprès de la communauté, de l'image négative générale que celle-ci a des services publics.

Ceci nous amène au troisième élément. Le lecteur aura noté que la période d'or de la psychiatrie italienne a été celle de la préréforme. Et cela, pour plusieurs raisons, dont celle-ci: *elle n'était pas prisonnière d'une loi nationale l'intégrant dans le Service sanitaire national*, ce qui a, aujourd'hui, deux conséquences: elle y rencontre un adversaire de taille (le pouvoir médical classique, voir plus loin) et elle écope des immenses problèmes du S.S.N. (gaspillage, patronage dans la gestion, inefficacité dans la distribution des services, domination du pouvoir hospitalo-centriste, etc.). L'ensemble de l'opinion publique (dirigés comme dirigeants!) n'a pas, globalement, une image positive du S.S.N. et ceci n'aide en rien son «enfant terrible».

Le contexte sociopolitique

Il a bien changé depuis 1978, date à laquelle les utopies cotaient haut et les différentes luttes «anti» et «pro» étaient à leur apogée. Comme le reste de l'Occident, l'Italie vit, idéologiquement, à l'heure, pêle-mêle, du post-soixante-huit, de l'après-socialisme, du néolibéralisme, du réalisme managérial, etc., etc. Les utopies généreuses comme celle de restituer le «fou» à la société, lui restituer sa parole, son pouvoir, ont fait place, pour le Président de la République jusqu'au balayeur de l'hôpital psychiatrique, à la prudence et au pragmatisme. D'autant plus que le «fou» est dans la rue, il peut faire peur et sa parole n'est pas toujours accessible...

Le changement n'est pas juste idéologique. L'année 1979 marque aussi la fin du «compromis historique». Le Parti communiste perd de son influence et la Démocratie chrétienne (pas unanime derrière la Loi, comme on a vu) ne fait pas grand-chose pour que la nouvelle série des gouvernements de centre soutiennent politiquement et financièrement la réforme. Ceci explique le fait qu'on a voté au plan national une réforme d'avant-garde sans donner aux régions des budgets protégés pour la réaliser.

Mais ce raisonnement est largement insuffisant. Car, comment expliquer que certains gouvernements régionaux «rouges» n'aient pas été très loin non plus en sept ans, si on compare les résultats des expérience avancée avec l'Émilie-Romagne par exemple, où plus de 50 pour cent des lits psychiatriques actuels sont «privés»?

Le pouvoir médical et psychiatrique

On conçoit aisément que la consécration législative de la thèse voulant que la maladie mentale et sa prise en charge relèvent largement d'une approche sociale ait constitué et constitue encore une menace pour plusieurs milieux médicaux, psychiatriques et autres, car la théorie et la pratique mettent en cause plusieurs privilèges: privilèges monétaires[1], de pouvoir et de prestige. La tendance à une sorte d'égalitarisme professionnel dans les expériences avancées n'est naturellement pas sympatique à ceux qui souhaiteraient conserver des prérogatives «patronales» en psychiatrie. D'autre part, la psychiatrie sociale représente une mise en cause, scientifique et culturelle, du paradigme hospitalo-centriste dominant.

De 1970 à 1980, il semblerait qu'une bonne partie des psychiatres italiens étaient favorables à une réforme psychiatrique «de gauche», sinon à une loi aussi radicale que la Loi 180. Pendant que le vent tirait à gauche, il y avait aussi un bon nombre d'adversaires ou de sceptiques qui se taisaient et, évidemment, ne firent, depuis 1978, rien pour que la Loi soit appliquée avec succès. Aujourd'hui, à la faveur de la critique de l'État et des services publics, de la renaissance du «biologisme» en psychiatrie, des difficultés de la réforme et du ressac dans l'opinion publique, ils ne cachent plus leur résistance.

Bref, pour une certaine couche de la profession psychiatrique comme pour l'ensemble du pouvoir médical traditionnel, dominant au niveau national comme régional, la psychiatrie sociale est dangereuse car elle est une concurrente pour des ressources rares, et représente une menace directe au statut social. Dans un tel contexte, le boycottage de la Loi est multiforme[2].

Ce boycottage a existé et existe encore, mais la gauche psychiatrique a tendance à en exagérer la portée et à en faire le bouc

1. Pour ce qui est des spécialités médicales, il y a en Italie une sorte de continuum des modes de pratique: médecine publique à temps plein, temps partiel public et privé et médecine privée, les avantages monétaires suivant ce continuum de façon marquée. La médecine en privé est beaucoup plus rentable et cela provoque actuellement un important débat et une pression dans les deux sens. La médecine publique se sent lésée, la médecine privée se sent menacée. Ajoutons pour information qu'une partie des psychiatres adversaires ou tièdes envers la Loi 180 est constituée de ceux qui ont des intérêts dans des cliniques privées psychiatriques.
2. On a des exemples: outre l'épisode de Naples déjà cité, tel directeur d'hôpital (ils sont psychiatres en Italie) refuse la mobilité des infirmiers, tel autre n'a donné congé qu'à 100 patients sur 1 000, etc.

émissaire des difficultés de la réforme (aux dires d'informateurs de gauche). Pour ce qui est du corps psychiatrique, deux autres éléments pèsent lourd dans la balance (autant sinon plus que la mauvaise volonté): 1) la formation des psychiatres traditionnels, inadéquate à la psychiatrie du territoire et 2) les «sursauts paradigmatiques» de la psychiatrie des années 80 (on reviendra plus loin sur ces points)[1].

La culture publique sur la maladie mentale

D'après certains de mes interlocuteurs, le slogan de Basaglia «l'asile comme lieu de souffrance et d'injustice humaine» avait, dans les années 70, largement pénétré l'opinion publique. D'un autre côté, un sociologue italien me confiait qu'il y a peut-être 20 à 30 pour cent des Italiens qui sont convaincus de la socio et psychogénèse de la souffrance mentale. Les autres croiraient plutôt «qu'on naît ainsi».

Ce chiffre importe moins que le fait culturel et sociologique fondamental qui montre que, même si une forte sympathie (toujours la «vague» de l'Histoire) a aidé à la promulgation de la Loi 180, le retard culturel d'une grande majorité du public par rapport au mouvement réformateur est réel. Dans les termes d'un psychiatre italien:

> «*La culture des psychiatres réactionnaires se marie avec celle des gens: que la folie soit un fait biologique est rassurant*» (Onnis, 1983)[2].

Bref, un ingrédient central du succès des expériences avancées a manqué dans l'extension nationale de la réforme, soit *le patient et long travail* que les réformateurs ont effectué sur *l'ensemble du tissu social* (public, politiciens, administrateurs, travailleurs de la santé mentale) pour les convaincre de la nécessité et de la valeur d'une approche différente de la souffrance mentale.

Il y a peut-être plus. Un autre psychiatre suggérait l'hypothèse que les slogans généreux et passionnés de Basaglia et son usage efficace des mass-media ont fait croire, à une partie du public, que

1. La résistance des pouvoirs psychiatrique et médical traditionnels pèse mais il serait partiel de ne retenir que celle-là. Mentionnons brièvement trois caractéristiques de la société italienne dont le poids n'est pas négligeable: le «clientélisme», la politique de clocher et la résistance à la mobilité. L'hôpital psychiatrique est une source de pouvoir économique et social; son maintien est une source de votes pour les politiciens locaux et nationaux, une source de revenus (directs et induits) et de prestiges pour les communautés locales, et un refuge commode, même si aliénant, pour de nombreux travailleurs de la santé qui envisagent difficilement la reconversion professionnelle et la mobilité géographique. (La force du clocher et la stabilité domiciliaire constituent des traits dominants de la réalité italienne.)
2. Un autre psychiatre exprimait autrement la même idée: «Nous dérangeons car nous n'intégrons pas».

la fin de l'asile signifiait la fin de la maladie mentale. Rappelons le discours de Basaglia:

> *«La maladie mentale, nous ne savons pas ce que c'est tant que — en désinstitutionnalisant – nous ne l'aurons pas purifiée des sédiments qui la recouvrent. En attendant, il faut la mettre entre parenthèses».*

On conçoit que ce genre de discours, filtré par les media et par les oreilles, ait entraîné des malentendues... Aujourd'hui, à plusieurs endroits, les «fous» sont dans la rue, sur le dos des familles ou abandonnés: le ressac est naturel et puissant.

En guise de synthèse: plusieurs phénomènes se conjuguent pour faire en sorte que, de façon générale, la réforme piétine sur l'ensemble du territoire à cause, prioritairement, de l'absence de services territoriaux qui auraient dû permettre, simultanément, la déstructuration de l'asile et l'implantation de la «nouvelle psychiatrie». Ces phénomènes, comme on l'a vu, sont les difficultés économiques, le ressac idéologique, l'absence d'appui politique et administratif, les lacunes du juridisme à l'italienne, l'absorption de la réforme psychiatrique dans le S.S.N., les résistances des pouvoirs médicaux traditionnels et, enfin, «l'immaturité» de la culture publique sur la maladie mentale.

Sur ce dernier point, cependant, les Italiens tiennent un discours simple[1] mais qui me semble le plus juste: la culture n'est pas une donnée naturelle, c'est un produit historique. Si la demande psychiatrique et la culture sur la maladie mentale stagnent, c'est que l'absence d'une offre nouvelle et différente interdit qu'on puisse les modifier. Mais ceci ouvre la deuxième question qu'il nous faut traiter.

Le mouvement réformateur et ses pratiques ne sont pas arrêtés. Dans de nombreuses localités peu connues de toute l'Italie, l'expérimentation se poursuit avec plus ou moins de succès (voir De Salvia et Crepet, 1982, pour un rapport sur ces expériences). En même temps, à bien des endroits où les ressources apparaissent suffisantes ou potentiellement disponibles et où l'appui politico-administratif est ou serait disponible (régions «rouges» en particulier), les services ne fonctionnent pas au niveau des espoirs suscités par la Loi. Pourquoi?

1. Il est bien connu qu'on oublie souvent les vérités les plus simples. La littérature nord-américaine sur la psychiatrie foisonne de recherches et de discours du genre «Si donc le patient était moins résistant/si donc il ne fuguait pas et prenait gentiment ses pilules/si donc son père n'avait pas bu autant/si donc sa schizophrénie n'était pas autant «processuelle»/si donc sa famille ne le rejetait pas, etc.». On parle beaucoup des caractéristiques de la demande et du contexte: les pauvres, ils ont le dos large! Les réformateurs italiens proposent, au moins pour équilibrer un peu les choses, de renverser la vapeur: changeons l'offre pour changer la demande!

2. Le ralentissement dans l'extension des expériences avancées

La réforme s'essouffle donc même là où les ressources seraient disponibles. Naturellement, les facteurs évoqués dans la section précédente sont à l'œuvre ici aussi: le ressac idéologique, l'absorption de la psychiatrie dans le S.S.N. (avec l'effet boomerang sur celle-ci), les résistances du pouvoir psychiatrique et médical traditionnel, la qualité de l'administration sociosanitaire, l'état de la culture publique. Ces facteurs externes au mouvement réformateur sont simultanément des obstacles qui freinent l'évolution directement et indirectement à travers leur impact sur la motivation des intervenants. Mais il y a des obstacles pour ainsi dire *internes au mouvement réformateur* et à l'ensemble des intervenants: c'est le problème de la *motivation* et celui de la *formation*.

2.1 Les «héros sont fatigués»

Un ingrédient central explique les succès des expériences avancées, soit celui de la motivation à toute épreuve des intervenants, soutenue par des appuis externes mais aussi par un élan interne (la mission, l'ennemi commun, le sentiment d'être à l'avant-garde). Le mouvement Psychiatrie démocratique, sous le leadership charismatique de Basaglia, servait de rassembleur des énergies, de pôle unificateur et de soutien. Les temps ont changé, au niveau de la force collective du mouvement comme à celui de la motivation individuelle.

Au plan *collectif*, le mouvement est à la recherche d'une nouvelle identité, scientifique et sociale, crise que la mort de Basaglia (1980) n'a fait que révéler. Ce n'est pas le lieu ici de tracer l'histoire un tant soit peu complète du mouvement. Résumons simplement en disant, qu'actuellement, les dissensions ou incertitudes idéologiques et scientifiques qui ont toujours existé dans le mouvement éclatent au grand jour, maintenant que la mission unificatrice de la lutte anti-asilaire ne suffit plus.

En effet, le mouvement ne peut plus se satisfaire de la «mise entre parenthèses» de la maladie mentale. La belle assurance d'un temps a disparu pour trois principales raisons. Tout d'abord, si l'approche médico-sociale des expériences avancées montre des succès indéniables, on ne «guérit» pas toujours en psychiatrie, encore moins quand les conditions de travail ne sont pas optimums. Ajoutés à la montée internationale de la psychiatrie biologique, les échecs sèment le doute même chez les combattants de la première heure.

En deuxième lieu, la psychiatrie italienne est en pleine transformation. Dans les années 60 et 70, la réforme s'était faite largement

à l'extérieur de la psychiatrie universitaire (plutôt retardataire et sclérosée). Aujourd'hui, cette dernière joue à nouveau un rôle actif dans le changement. Sur le modèle de la psychiatrie scientifique internationnale, la psychiatrie universitaire se modernise et un accent important est mis sur le biologique, sur la pharmacologie et sur les techniques psychothérapeutiques. Bref, dans les lieux de formation, donc dans la culture psychiatrique générale, la «clinique» s'érige en concurrente de l'approche «sociale» quand elle ne la domine pas carrément (selon les diversités locales).

Finalement, on l'a vu (Chapitre III), le mouvement réformateur est traversé par le débat sur les psychothérapies. Bref, le phychiatrie sociale est en perte de vitesse. Le modèle de psychiatrie désinstitutionnalisante de la première phase du mouvement ne suffit plus. Les réformateurs sont mis au défi de produire un nouveau paradigme, sinon plus complet, de l'intervention en santé mentale.

Tout ceci (les difficultés de la réforme, les conditions de travail difficiles, les échecs thérapeutiques, les sursauts et l'incertitude paradigmatique) fait qu'au plan *individuel*, «beaucoup de héros sont fatigués». Les psychiatres en particulier, leaders naturels des services, se découragent[1], une partie d'entre eux (y compris des psychiatres de gauche) refluant même, à temps plein ou à temps partiel, vers les compensations professionnelles et monétaires[2] de la pratique privée...

Mais les jeux ne sont pas faits, même si le vent de la «clinique» et celui de la contre-réforme soufflent fort. Dans certaines cliniques universitaires, dans les instituts de recherche, mais surtout sur le terrain, une nouvelle génération de psychiatres sociaux travaille à la construction du paradigme scientifique de la nouvelle psychiatrie de territoire, et à la formation (voir ci-dessous) des intervenants. Sur le terrain, j'ai noté chez plusieurs de mes interlocuteurs encore beaucoup «d'optimisme de la volonté» (selon une expression de Gramsci chère aux Italiens), optimisme réalisé dans les nombreuses expériences qui continuent. Le mouvement Psychiatrie démocratique, aujourd'hui considérablement éclaté et affaibli à cause de la crise idéologique et paradigmatique, se prépare à son Congrès de «refondation». On peut penser que la psychiatrie sociale va retrouver son second souffle...

1. Ajoutons qu'un certain nombre de nouveaux venus aux services territoriaux (ancien personnel des hôpitaux) ne sont ni formés ni motivés aux exigences de leur nouveau rôle et plusieurs s'attendaient à du travail clinique passif (attente «bureaucratique» dans les C.I.M.).
2. J'ai noté (Chapitre III, 1.1) que l'aplanissement de la hiérarchie des salaires (le psychiatre de base gagne de une fois et demie à deux fois le salaire de l'infirmier) n'est probablement pas étranger au soutien de la motivation des intervenants non-psychiatres. Il semblerait que l'autre versant de la question doive aussi être posé: pendant combien de temps le psychiatre public peut-il être un héros, en comparaison des avantages dont jouissent les médecins (psychiatres et autres) de pratique privée?

2.2 Le problème de la formation

Les réformateurs s'accordent généralement pour dire que la formation inadéquate de nombreux intervenants en vue de la nouvelle psychiatrie a constitué et constitue encore un handicap majeur dans l'extension de la Loi 180, cela étant plus particulièrement visible précisément dans les régions où la réforme rencontrait des conditions plus favorables.

Dans la première phase des expériences avancées, le travail de formation à la nouvelle psychiatrie se faisait au fil des années sous le leadership des psychiatres charismatiques; la motivation, la poursuite acharnée des objectifs «utopiques» suppléait en partie aux lacunes de la formation. Rappelons par ailleurs que pendant cette période, tout concourait au succès: le contexte idéologique et politique, les appuis administratifs, la participation de volontaires «soixante-huitards», la simplicité de l'objectif visé (la fermeture de l'asile), etc.

Ceci fit croire aux réformateurs, à tort ou à raison, que le terrain était mûr pour la deuxième phase, soit l'extension de la réforme au plan national. On a vu précédemment qu'à peine ce processus engagé, toute une série de conditions favorables s'effritèrent, y compris, à bien des endroits, la motivation à toute épreuve des intervenants déprimés par l'ensemble du contexte.

Le problème de la formation (interrelié évidemment à la motivation de tout le monde) éclate alors au grand jour. Même dans une simple optique de désinstitutionnalisation, on s'aperçoit qu'une bonne partie des intervenants (les infirmiers en particulier, catégorie la plus nombreuse) ne possèdent pas la formation adéquate pour leurs nouvelles tâches. Rappelons que les services territoriaux sont obligés, par la Loi et les contrats collectifs de travail, d'engager d'abord l'ancien personnel des hôpitaux. Or, une partie de ce personnel était préalablement choisi selon des critères de force physique, la plupart n'avaient reçu aucune formation en soins infirmiers psychatriques et beaucoup d'entre eux n'avaient pas eu l'occasion de développer d'autres compétences que celles reliées au gardiennage et à la répression.

Il faut éviter ici le malentendu qui consisterait à faire des infirmiers un autre bouc émissaire. À l'intérieur de l'institution, bon nombre d'infirmiers avaient cultivé (même en l'absence de formation théorique) une panoplie d'aptitudes pratiques à entrer en rapport avec les malades, particulièrement les plus lourds. La preuve en est que dans les expériences avancées, on a su au maximum exploiter ces aptitu-

des, les valoriser et les faire progresser[1]. Mais cela fut (et est aujourd'hui) possible partout où les autres conditions favorables étaient (sont) présentes. En l'absence de ces conditions, les lacunes dans la formation deviennent un élément important de freinage.

On est actuellement dans la troisième phase, la phase de *l'élaboration scientifique de la nouvelle psychiatrie de territoire*. Le problème de la formation redouble d'acuité parce que la tâche s'est largement complexifiée par rapport à la phase de la lutte anti-asilaire.

Le problème touche plusieurs catégories d'intervenants et plusieurs types d'aptitudes. En ce qui concerne les psychiatres, la nouvelle génération reçoit une formation de plus en plus adéquate sur le plan bioclinique comme sur celui des psychothérapies au sens classique. En ce qui concerne ces dernières, cela est vrai également des psychologues[2]. La réforme de la formation en soins infirmiers psychiatriques est également à l'ordre du jour.

Le problème de la formation dépasse toutefois largement les aspects biocliniques et ceux des psychothérapies au sens classique. Ce qui est en cause, ce sont les *nouvelles aptitudes* requises pour *tous les intervenants* dans le cadre de la nouvelle psychiatrie de territoire.

Il faut certes qu'une bonne partie des intervenants soit formée aux psychothérapies classiques, mais cela est insuffisant. Si celles-ci, comme on l'a vu, doivent devenir «hérétiques» dans le cadre d'un service public, la formation doit se pencher sur cet aspect. Par exemple, si le travail d'équipe est central, qu'est-ce qui fait que, au-delà des aptitudes individuelles, le groupe est thérapeutique? Ou bien, si la psychanalyse (ou la thérapie systhémique à la Palo Alto) comme méthode est utile pour le traitement de la schizophrénie, comment ses techniques peuvent-elles être adaptées pour une utilisation dans le cadre d'un service public qui ne sélectionne pas?

D'autre part, la formation doit être adaptée aux nouvelles situations qu'il faut affronter dans le nouveau lieu de travail (le territoire): la rencontre avec la «souffrance» à sa naissance, la crise aiguë, l'impact avec le contexte social. Les intervenants doivent apprendre un éventail de réponses nouvelles «en symbiose avec la vie quotidienne», y compris la réponse qui consiste à travailler sur la demande (de médicalisation, de dépendance).

1. J'ai mentionné le cas de l'infirmier qui prend l'initiative, écoutée, de supprimer la thérapie pharmacologique. Dans un C.I.M., j'ai pu aussi voir que un ou des infirmiers pouvaient être les intervenants principaux dans une thérapie verbale organisée pour un psychotique.
2. Cette formation peut avoir lieu à l'université (cliniques psychiatriques modernisées), mais surtout en ce qui concerne les psychologues, elle a lieu largement à l'extérieur (C.I.M., instituts privés de formation), étant donné l'état généralement arriéré des facultés de psychologie et, en partie, de celles de psychiatrie.

Au-delà des aptitudes psychothérapeutiques, il faut ensuite conceptualiser les nouvelles habiletés requises et implanter les programmes de formation correspondants. Il peut s'agir de formation au travail communautaire, à l'action politique, au travail d'équipe, à la programmation et à la vérification collective des objectifs et des procédures, etc.

Bref, «Qui fait quoi et comment, maintenant que la Loi nous dispense de nous battre de façon acharnée pour démontrer notre point de vue?» semble être la question qui assaille les équipes. Le pragmatisme qui se nourrissait de l'engagement social a fait, en partie, son temps. La recherche d'un paradigme et de modèles d'intervention plus avancés se répercute naturellement dans un nouveau souci pour la formation, base indispensable d'un nouveau décollage de la réforme. C'est actuellement une des tâches majeures que se donne le leadership réformateur.

Chapitre V
Implications pour d'autres pays

On a écrit, au Chapitre III, que

«[...] *la psychiatrie à l'italienne constitue, à tout le moins, une expérience féconde qui interpelle la psychiatrie.*»

et

«[...] *l'évaluation des expériences avancées et l'évaluation des vicissitudes nationales de la réforme apportent à la réflexion sur la réorganisation des services psychiatriques des leçons intéressantes* [...]».

Cette section se veut un commentaire de ces deux assertions. Que peut-on donc apprendre de l'évolution de la psychiatrie italienne?

Je dirai d'abord qu'il y a deux pièges qu'il faut à tout prix éviter, pièges qui ne sont particuliers ni au thème à l'étude, ni à l'Italie, et qui guettent généralement toute entreprise d'importation de «software» culturel: le piège de l'engouement et celui de l'importation pure et simple.

Ce dernier est bien connu des spécialistes de l'import-export de l'innovation. Voici un exemple en rapport avec la psychiatrie italienne. Le psychotique désinstitutionnalisé ou non institutionnalisé en Italie peut vivre à l'extérieur, dans des milieux de vie naturels (la vigne ou l'oliveraie, la place du village, le bar en face de l'église, les terrasses des cafés, etc.) pendant neuf à onze mois par année, selon les régions. Sans exagérer l'importance de ce détail naturel, il n'est pas interdit de penser qu'il conditionne les possibilités concrètes de désinstitutionnalisation et le travail qu'on peut faire sur la folie, aussi parce que ce détail naturel est lié à des formes typiques de sociabilité. Sur un ton plus classique, rappelons quand même un lieu commun: tout changement au Québec ne pourra se faire qu'en tenant compte des modes d'organisation sociale et de la culture de la société ambiante.

Quant au danger d'engouement, il suit pour ainsi dire les innovatons radicales qui frappent leur côté spectaculaire, et il guette en particulier l'étranger plus ou moins pressé qui n'a pas le temps de vivre au quotidien la face plus ombragée de l'innovation spectaculaire. À lire les commentaires de certains observateurs étrangers, il semblerait qu'ils n'ont pas toujours su éviter ce danger.

Ceci dit, et ceci sera une façon de synthétiser ce travail, je grouperai les enseignements de l'expérience italienne autour de trois thèmes: les résultats, le style de travail, les stratégies d'action.

1. Les résultats

1.1 La désinstitutionnalisation

La leçon de Trieste, Pérouse, Arezzo, Parme, etc. est celle-ci: on peut entièrement ou presque vider l'hôpital psychiatrique non seulement de ceux qui n'auraient jamais dû y être, mais aussi des patients psychiatriques dits irrécupérables. Les études de cas de la désinstitutionnalisation à l'italienne montrent qu'on peut aller très loin pour donner une certaine dignité à des êtres humains réduits au statut d'objets.

Pour ce qui est des ex-patients institutionnalisées (par opposition aux nouveaux cas), ceci ne signifie évidemment pas que la chronicité est éliminée, ni que l'asile, au sens d'hébergement prolongé de patients relativement peu fonctionnels, a entièrement disparu. Une partie des lits des S.D.C. ou des C.I.M. comme aussi des mini-foyers (appartements) servent à héberger la «chronicité irrémédiable et non fonctionnelle». Ce qu'on peut dire, c'est que 1) le nombre de ces lits de type chronique pour patients longuement institutionnalisés peut être sensiblement réduit et 2) la qualité de vie de ces patients s'est indiscutablement améliorée (fonctionnement partiel, entraide, soutien «humain» du personnel, etc.). Autrement dit, on peut éliminer *la vaste majorité des lits de l'asile* (à l'exclusion, si l'on veut, des lits psychogériatriques) et les «mini-asiles» comme solution de rechange peuvent être des lieux où «l'humanité» a droit de cité.

Bref, les expériences italiennes semblent démontrer qu'une désinstitutionnalisation massive est possible. Avant de tomber dans le piège de l'engouement, rappelons qu'une évaluation très rigoureuse des résultats de ces expériences, dans toutes leurs dimensions, doit être effectuée, évaluation qui, à ma connaissance, n'existe pas.

1.2 La «nouvelle demande» dans les expériences avancées

Ici encore, l'évaluation définitive des expériences avancées est à faire, mais on ne se trompe pas en affirmant qu'elles représentent un sérieux pas en avant dans l'accréditation de la thèse que la «demande lourde» (la psychose en particulier) est traitable en réduisant *au minimum l'hospitalisation psychiatrique de toute sorte.*

En d'autres termes, une lecture éclairée des données disponibles (quantitatives et qualitatives) permet d'affirmer qu'une prise en charge globale, continue, accessible des problèmes de santé mentale permet 1) de *réduire le nombre et la gravité de la chronicité et par conséquent,* 2) de maximiser le maintien et la réinsertion dans les milieux de vie naturels.

Les principaux indicateurs disponibles qui accréditent cette affirmation sont l'élimination presque totale de l'hospitalisation à long terme; les hospitalisations en phase de crise moins longues et moins nombreuses; l'utilisation moindre de la pharmacopée; la chute nette du traitement violent (T.S.O.) et de la violence lorsque le T.S.O. est inévitable; le pourcentage élevé de maintien fonctionnel en milieu naturel et l'augmentation de la qualité de vie.

La démonstration n'est pas définitive. On a vu qu'il faudra attendre des recherches plus précises et plus circonstanciées (certaines en cours) documentant et cernant plus précisément les succès, les difficultés, les questions que cette nouvelle psychiatrie laisse ouvertes. Néanmoins, un fait général est là pour l'observation: partout où des «soins psychiatriques globaux» sont disponibles, on arrive à fonctionner avec un besoin très réduit d'hospitalisation de toutes sortes (court et long termes), sans abandon ni sédation excessive, avec des succès thérapeutiques au sens large plus élevés. Ces résultats ne sont du reste pas surprenants: ils sont cohérents avec ceux des diverses expériences de pointe dans divers pays occidentaux (Tessier, Lavoie, Lamontagne, 1985). Les réformateurs italiens ont simplement considéré que ces expériences pouvaient être poussées à leur extrême logique et étendues à l'ensemble d'un pays.

2. Le style de travail

Je me demande si ce n'est pas ici que réside *la leçon majeure,* et la plus *exportable*, de la psychiatrie à l'italienne. Rappelons brièvement les caractéristiques de la psychiatrie de territoire, telle que l'entendent les Italiens:

— Fourniture ou coordination «en continu» de toute la réponse à toute la demande (c'est-à-dire la demande «biopsychosociale»), en particulier la plus lourde. Le morcellement du patient et la discontinuité des soins sont bannis.

— Accessibilité maximum de *l'offre*: longues heures de «drop-in», disponibilité 24 heures sur 24, «outreaching» à domicile prononcé. Le rôle des ressources, de l'offre de services est crucial. Les Italiens m'apparaissent raisonner juste sur un point central: la cul-

ture publique, la tolérance devant le handicap n'est pas une donnée naturelle, fixe; seules l'offre de services différents et la disponibilité des intervenants à travailler sur la culture et le tissu social permettent que celle-ci soit modifiée.

— Réinsertion en milieu naturel et taillée sur mesure. Méfiance envers la réinsertion «ghettoïsée» et bureaucratisée.

— Travail «en continu» et en profondeur avec *l'ensemble du tissu social* (des institutions à la population).

— Action thérapeutique mettant une forte emphase sur la modification du contexte microsocial, sur les besoins concrets de l'individu, sur les possibilités de *fonctionnement social*, la psychothérapie sur le «monde interne» étant conçue comme un des éléments du processus thérapeutique.

— Caractère central du *travail d'équipe* et des conditions concrètes de son fonctionnement (critique de la hiérarchie, valorisation de chacun, travail de groupe constant sur les cas, formation permanente, etc.).

— Flexibilité, pragmatisme.

On dira: c'est le modèle, mais «est-ce ainsi que les hommes vivent?». Il est hautement probable que la réalité s'écarte, à des degrés divers d'un endroit à l'autre, du modèle idéal; écarts que seule une longue observation participante permettrait de préciser. Toutefois, les documents publiés et mes observations indiquent que, dans les meilleures équipes avancées, le fonctionnement réel s'approche du modèle idéal ci-dessus.

Ce modèle est, théoriquement, parfaitement exportable, en même temps qu'il pose, par rapport à la situation d'autres pays, deux problèmes de taille:

1) Il suppose la notion de «territorialité», ce qui veut dire: 1) l'homogénéisation des territoires des différents organismes intervenants; 2) un travail de longue haleine du service pour «se territorialiser», c'est-à-dire pour se rapprocher de la population et des autres institutions la desservant; 3) plus loin encore, un travail de participation à la vie locale, de création/d'animation de pans[1] de tissu social comme condition de possibilités d'intégration du handicap humain. (Remarque: pas plus en Italie qu'ailleurs, le modèle du territoire lie rigidement la clientèle à l'offre: on peut se faire soi-

1. Il ne s'agit pas, pour le service, de vouloir participer à l'ensemble du tissu social, encore moins évidemment de tomber dans le piège de la «bonne» société gérée par en haut. Il s'agit, pour lui, de collaborer avec les forces vives au niveau local, d'animer quelques filons assoupis, à la rigueur de stimuler de nouvelles actions.

gner en dehors du territoire. Mais l'action «en continu» sur le territoire rend marginaux ces phénomènes surtout lorsque le service s'impose à la population par la qualité de ses services.);

2) Il suppose un *assouplissement*, sinon une élimination, *des frontières professionnelles*, des chasses gardées institutionnelles, et des «double-locations» des intervenants.

3. Les stratégies d'action

Faisons d'abord une brève synthèse des événements sur le plan de leur dynamique sociale.

Rappelons, en premier lieu, les *conditions fondamentales* qui ont rendu possibles les expériences avancées, en particulier le processus de désinstitutionnalisation:

— une motivation, un sens de la mission chez le leadership professionnel (les psychiatres innovateurs);
— un important travail de formation et de motivation auprès des ex-intervenants de l'hôpital psychiatrique;
— l'appui inconditionnel du système politico-administratif (liberté d'action quasi totale des réformateurs);
— un patient travail de sensibilisation de la communauté;
— une certaine réceptivité idéologique du tissu social et de la culture (les années 1965-1978 sont celles de la contestation, de l'anti-autoritarisme, de la lutte à la marginalisation, de l'utopie de la «bonne» société, de l'égalitarisme professionnel).

Rappelons, en deuxième lieu, que certaines de ces conditions ont fait et font cruellement défaut dans la tentative d'extension de la réforme au plan national. Même là où les ressources sont suffisantes ou potentiellement disponibles, et où le soutien du pouvoir politico-administratif serait théoriquement (en vertu d'affinités idéologico-politiques) disponible, même là, la réforme est «grippée». L'observation de la scène italienne nous montre que les temps ont changé et plus précisément ont changé:

— Le contexte sociopolitique: on est à l'heure de «l'après-socialisme». Les forces politiques de gauche (leadership et base) et la population en général sont prudentes avec les utopies généreuses. On est à l'ère de l'analyse coûts-bénéfices: on compte ses chroniques et ses sous...
— Le *dynamisme guerrier* des intervenants, déprimé par des facteurs contextuels à l'Italie (la bureaucratie publique) mais aussi par les *résistances* que le *nouveau terrain socioculturel* fait surgir (le pou-

voir médical, les résistances des cliniques privées, le conservatisme du clocher) et par la *crise paradigmatique*: le paradigme simple de la lutte anti-asilaire ne suffit plus. Un nouveau consensus (minimum) est nécessaire autour de la stratégie de la psychiatrie de territoire des années 80 avec ce que cela signifie: expérimentation de nouveaux modèles d'intervention, recherches sur les pratiques, analyse des échecs, etc. La psychiatrie «politisée et polémique» des années 70 fait place à la prudence, au réalisme, à une attitude plus expérimentale.

— La prise de conscience de nouveaux *besoins de formation*, que ce soit du côté des qualifications psychothérapeutiques au sens strict comme du côté de ce que devraient être les nouvelles qualifications pour une psychiatrie de territoire thérapeutique et efficace.

Maintenant, *où va la réforme italienne*? On a vu que le sort historique concret de la Loi, de la réforme et des tentatives de contre-réforme est ouvert, on n'y reviendra pas. Il m'apparaît par contre important de souligner une tendance de fond dans la philosophie du mouvement réformateur. Il semblerait que les réformateurs italiens inaugurent une troisième phase (première phase: négation de l'asile dans les expériences avancées; deuxième phase: la tentative de nationaliser la lutte anti-asilaire), une phase qu'on pourrait qualifier *d'expérimentation scientifique de la psychiatrie de territoire,* ce qui est du reste dans le prolongement de leur vision pragmatique des choses.

On peut revenir maintenant aux implications pour d'autres pays. Certains des événements décrits ci-dessus et dans ce rapport ne sont pas uniques à l'Italie: la mutation idéologique, l'incertitude des paradigmes en psychiatrie, le problème de la formation et de la motivation des intervenants, les difficultés socioculturelles d'intégration des déviants, etc.

Ce qui m'amène à penser qu'en *termes de stratégies d'action*, on pourrait tirer de l'expérience italienne les leçons suivantes:

1) Pour ce qui est spécifiquement des conditions de la désinstitutionnalisation:

a) Tout d'abord, cela n'est possible que grâce à un *long processus de travail acharné* (15 ans à Trieste, 20 ans à Pérouse et ce n'est pas fini) impliquant la lente préparation des patients, des professionnels, des administrateurs et de la communauté à un nouveau mode de gestion de la maladie mentale. Cela se comprend aisément: l'entreprise est de taille, elle est risquée, elle est tâtonnante, elle implique de la part de tous un changement radical d'attitudes et de rôles.

b) La désinstitutionnalisation ne peut donc être qu'un *long processus social* et non pas une mesure administrative aux effets rapides. De plus, il s'agit d'un processus qui doit éminemment s'adapter au contexte local (attitudes des intervenants, attitudes de la communauté, ressources disponibles, etc.), d'un processus créateur, et d'un processus qui doit être fondé sur la participation, le consensus des intervenants (ou d'une majorité) à un changement radical de rôles. La désinstitutionnalisation m'apparaît donc exiger une *décentralisation maximum* de la décision. Seule une base aux mains libres peut réaliser un tel projet.

2) Plus généralement, la construction d'une nouvelle psychiatrie de territoire (communautaire) m'apparaît liée *aux conditions suivantes*:

a) La nécessité d'expérimenter, dans le cadre d'une ou de plusieurs expériences-pilotes, les conditions d'une psychiatrie de territoire réussie. Une stratégie d'expérimentation m'apparaît impérative en vertu des raisons suivantes:

— On ne peut importer des modèles (italiens ou autres). On peut par contre en dégager les paramètres qui apparaissent applicables et les soumettre au test du réel.

— Le contexte idéologique a changé ici aussi. L'heure n'est ni aux grandes utopies généreuses, ni aux modèles rationnels infaillibles. Les capacités culturelles d'intégration de la déviance doivent être vérifiées.

— La crise paradigmatique de la psychiatrie est naturellement internationale. La voie royale d'une psychiatrie sociale réussie n'est pas connue.

b) La nécessité de revoir les *programmes de formation* de l'ensemble des intervenants afin que ceux-ci soient adaptés aux compétences requises par les nouveaux rôles. Le problème des conditions du travail d'équipe (entre autres celui du professionalisme dans son idéologie et ses règles) devra recevoir une attention particulière.

c) On l'a mentionné plus haut, mais il me semble important de le répéter dans un cadre plus général: en dramatisant un peu, la nouvelle psychiatrie de territoire sera *locale* (décentralisée), *créative et dynamique* (débureaucratisée) ou ne sera pas. Il faut, à mon avis, laisser aux expérimentateurs les *mains libres* au maximum, dans la construction de leur projet et dans sa réalisation. Autrement dit, il faut tolérer le risque et laisser entière la capacité de prendre des décisions. Les expérimentateurs doivent être libérés, dans toute la mesure du possible, de toute réglementation paraly-

sante, qu'elle soit bureaucratique, institutionnelle ou professionnelle.

d) La psychiatrie avancée italienne se caractérise en même temps par un leadership fort des psychiatres sociaux et par une *volonté explicite de démocratie*, par la recherche de la cohésion maximum des équipes. Il y a là naturellement ample matière à réflexion et action.

3) Une dernière note m'apparaît s'imposer sur le type de rationalité qui doit informer le projet social de la désinstitutionnalisation (psychiatrique et autre), plus généralement le projet d'une nouvelle psychiatrie. Rappelons que:

> «Le problème des économies à réaliser avec la fermeture de l'hôpital psychiatrique demanderait à être approfondi. Je note que, selon un spécialiste des questions psychiatriques, «il s'agit, on le sait, d'un vieux débat difficile à trancher» (Legrand, 1983). En termes de cure/réadaptation, pour une incidence donnée, les jugements sont en Italie partagés: certains pensent qu'une psychiatrie non institutionnelle coûte plus cher; d'autres, que les bénéfices à long terme d'un maintien fonctionnel maximum à travers une psychiatrie globale non institutionnelle (ou avec recours minimum à des solutions institutionnelles) sont plus élevés que les coûts» (Chapitre IV, 1.1).

En attendant qu'on ait fait le point sur la question économique, on peut retenir, à mon sens, de l'expérience italienne deux messages:

a) La désinstitutionnalisation et le lancement d'une nouvelle psychiatrie exigent l'implantation de services territoriaux «forts» (équipés en ressources et personnel) qui doivent, simultanément, affronter la réinsertion (pesante) des désinstitutionnalisés et les réponses de rechange à la «nouvelle demande». Ceci signifie que les responsables politico-administratifs doivent mettre à la disposition des intervenants des *ressources suffisantes* pour ce double rôle. Au début (c'est à vérifier), la désinstitutionnalisation pourrait exiger des ressources supérieures (entre autres parce que ce projet demande du temps dans un contexte où toutes les ressources ne sont pas immédiatement reconvertibles).

b) La psychiatrie italienne a été, et est encore un mouvement inspiré uniquement (au moins chez ses promoteurs) par des *motifs humanitaires et thérapeutiques.* Cela n'est sans doute pas étranger à son rayonnement et à sa force.

Je terminerai en citant un chauffeur de taxi de Bologne:

«*Prima di fare il palazzo occorre fare le fondamenta*» (Avant de construire le palace, il faut faire les fondations).

Il se plaignait, à sa manière, de l'absence des services territoriaux. Cette citation est doublement symbolique: pas de nouvelle psychiatrie sans services territoriaux forts; dans un champ encore très incertain, pas de grande réforme sans expérimentation. Il me semble qu'on en est là, que l'on doit expérimenter de nouvelles façons de faire une psychiatrie appelée en Italie «de territoire» et, dans d'autres pays, «communautaire».

IV — L'expérience des États-Unis
(Guylaine Séguin-Tremblay)

Introduction

L'expérience américaine dans les domaines de la santé et de la santé mentale se caractérise par une grande diversité, d'abord à cause de l'existence de deux grands systèmes de services parallèles, les services publics et les services privés, et ensuite à cause de la relative autonomie des administrations de chacun des États.

Le présent texte ne peut donc pas prétendre refléter une image de la réalité totale des soins en santé mentale aux États-Unis. Dans le cadre des ressources et du temps à notre disposition, nous avons choisi d'élaborer un texte qui fasse ressortir, selon notre guide d'analyse, les grands enjeux du système public officiel aux trois niveaux fondamentaux des structures politiques américaines, soit fédéral, État et local. Ces trois paliers gouvernementaux seront toujours présents et prendront plus ou moins d'importance selon leur pertinence quant aux thèmes abordés.

La présentation du système américain sera subdivisée en trois grands thèmes. D'abord, le contexte sociohistorique permettra de situer les enjeux suivants, liés aux décisions sur les structures à mettre en place pour donner sa forme particulière à la désinstitutionnalisation aux États-Unis: le problème de la répartition de la responsabilité financière, l'importance de la pression pour plus de législation, la naissance du prototype de service devant remplacer l'institution, le Community Mental Health Center (CMHC) et la création des Community Support Systems (CSS), approche plus récente pour répondre aux besoins demeurés importants dans le domaine des soins et des ressources communautaires pour les personnes atteintes de troubles chroniques. Le contexte sociohistorique se situe principalement au niveau fédéral.

Le second thème traité sera celui des structures politico-administratives, principalement sous l'angle de la relation entre les structures des services sociaux. Ici, les paliers gouvernementaux seront distingués en ce sens que seront décrits l'organisation au niveau fédéral, le type de lien entre le Fédéral et l'État par le biais des modes de financement et le fonctionnement de deux États, le Massachusetts et New York. Le Massachusetts a été choisi pour son rôle avant-gardiste dans la réforme des soins en santé mentale. Bien que le fonctionnement du système de soins en santé mentale dans cet État soit souvent considéré comme un des pires, avec la Califor-

nie, il renferme de grands centres de recherche surtout localisés dans la ville de Boston et fait ainsi l'objet de nombreuses études, ce qui rend facile l'accès aux données sur son fonctionnement. C'est aussi au Massachusetts que nous avons visité le MMHC qui présente un modèle intéressant de services intégrés. Nous regarderons l'État de New York sous un angle différent. Alors qu'il s'agit de l'État qui administre l'un des plus importants systèmes en santé mentale au monde, il présente une caractéristique des plus intéressantes dans le contexte des soins communautaires, soit la prolifération des expériences particulières propres à différentes zones et différentes communautés. Ceci se retrouve toutefois surtout autour de la ville de New York.

Le troisième thème sera celui du fonctionnement concret d'un CMHC. C'est ici que prend forme un modèle particulier de pratique à travers l'expérience du centre que nous avons visité à Boston, le Massachusetts Mental Health Center.

L'ensemble de ces thèmes sera traité à l'intérieur de certaines limites. Tel que déjà mentionné, nous ne nous sommes intéressés qu'au système public officiel, sachant bien que le système privé de soins aux États-Unis forme un vaste réseau. Cependant, quelques liens avec le privé seront mentionnés dans la mesure où ils affectent le fonctionnement des services publics financés par les gouvernements. Enfin, des secteurs entiers tels que les soins aux personnes âgées et aux enfants ne seront pas abordés.

Chapitre I
Contexte sociohistorique

L'histoire de l'évolution des soins en santé mentale aux États-Unis est aussi, comme ailleurs, l'histoire de l'évolution vers la désinstitutionnalisation. Le résumé qui suit, selon Foley et Sharfstein (1983), en montre les grands enjeux.

Au 19e siècle, s'établissent les premiers «hôpitaux mentaux» après une ère où le bien-être et le contrôle des malades mentaux étaient considérés d'abord comme la responsabilité des communautés et, ensuite, la responsabilité de l'État par le biais de l'emprisonnement dans les bâtiments vite devenus surpeuplés et insalubres.

La notion de soins au malade mental s'implante donc d'abord dans la législation du Massachusetts sous les pressions d'individus particulièrement sensibles à la cause, tels que Dorothea Dix, une institutrice, et Clifford Beers, un ancien patient qui, par la publication de son expérience, désirait appuyer une approche orientée vers la prévention et les soins communautaires. Ce phénomène de pression de groupes de citoyens et de groupes sociaux représentatifs caractérise le fonctionnement du système législatif américain. Le «lobbying» a été important tout au cours de l'histoire de la législation en matière de santé mentale. Ainsi donc, l'enjeu législatif est directement soumis à la pression des groupes puissants.

Jusque dans les années 30, la responsabilité financière et administrative des soins de santé et des services sociaux relevait surtout des États. L'époque de la dépression a marqué le début d'une prise de conscience de l'interdépendance des communautés au niveau national. Le New Deal du président Roosevelt donnait naissance à des mesures sociales sous la responsabilité du Fédéral. Les deux guerres mondiales ont donné lieu à la formation d'un groupe de pression sous le leadership médico-psychiatrique en vue de l'amélioration des conditions de santé mentale des recrues de l'Armée.

Cette pression sur le Fédéral pour qu'il pourvoit à la recherche, à la prévention, au diagnostic et au traitement de la maladie mentale aboutit, en 1946, à la création du National Institute for Mental Health (NIMH) qui demeurera sous le leadership psychiatrique progressif pour l'époque, en ce sens qu'il s'orientait vers les soins psychiatriques communautaires. Au gouvernement, la motivation première pour la désins-

titutionnalisation était l'espoir politique de réduire les coûts en faisant sortir les patients des hôpitaux.

D'autres facteurs indirects ont encouragé le mouvement vers la désinstitutionnalisation, par exemple l'introduction des traitements pharmacothérapiques, le nouveau respect et la confiance de la population dans la thérapie psychologique basée sur des fondements scientifiques. La fin des années 50 a d'ailleurs vu se multiplier par 10 le nombre des professionnels non-psychiatres de la santé mentale. Des programmes de réadaptation et de réinsertion dans la communauté naissaient de façon indépendante ici et là, avec le support financier du Fédéral. Ce mouvement antérieur à la législation sur l'implantation des ressources communautaires créait des structures d'accueil et de réinsertion sociale originales.

La prise de conscience des usagers et de la population, aidée par la formation des groupes de pression pour la défense des droits des malades mentaux, a constitué un autre de ces facteurs.

En 1955, un premier effort de mise au point nationale est déployé avec la formation d'une commission sénatoriale regroupant des membres d'associations médicale et psychiatrique, et ayant pour mission de faire la synthèse des connaissances en santé mentale. Celle-ci aboutit cependant à des recommandations de la part des professionnels médicaux, qui mettaient l'accent sur la prévention secondaire et tertiaire, ce qui allait alors à l'encontre des désirs des groupes de pression des citoyens qui voulaient que plus de poids soit mis sur la prévention primaire et le traitement en communauté. On s'appuyait à ce moment-là sur le manque de preuves d'efficacité des mesures préventives dans le domaine de la psychiatrie.

Au début des années 60, c'est l'expérience britannique des «Open Hospitals», de même que l'efficacité croissante des drogues psychiatriques qui exercent une nouvelle pression sur l'administration fédérale américaine pour délaisser son support exclusif aux soins hospitaliers. Le NIMH prend alors une position qui l'amène à refuser la responsabilité financière totale de nouveaux services tout en acceptant de fournir un certain support. Cet organisme préconisait aussi que les changements s'opèrent à travers le leadership politique plutôt que médical, afin que soient évités les conflits d'intérêt dans la marche vers la coupure des soins en milieu hospitalier. À cette époque aussi, les associations médicales opposaient une forte résistance au changement, craignant la création d'un système universel de remboursement des soins médicaux.

C'est au début de l'administration Kennedy qu'un nouveau comité d'étude est formé. Cette fois, le groupe relève plus de la technocratie ministérielle que des professionnels médicaux. Ce comité devait décrire le rôle souhaitable et possible du gouvernement fédéral en matière de santé mentale. Fait à noter, pour la première fois, santé mentale et déficience mentale sont traitées distinctement à la suite de pression venant surtout de l'intérieur de la famille Kennedy pour que les services aux déficients mentaux reçoivent plus d'attention.

Cette étude conclut au besoin de créer des centres pour déficients et d'établir des centres communautaires de santé mentale et a conduit à la Loi de 1963 Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Center Construction Act. Les buts poursuivis par la création des CMHC (Community Mental Health Centers) étaient les suivants: promouvoir les soins communautaires, couvrir l'ensemble de la population en répartissant les CHMC selon des zones (catchment area) de 75 000 à 200 000 habitants, faire de la prévention primaire et secondaire, de la réinsertion sociale, assurer la continuité des soins et impliquer la communauté.

D'une façon plus concrète au départ, le CMHC devait assurer dans son secteur les cinq services essentiels suivants: services d'urgence, services externes, soins hospitaliers, services d'hospitalisation partielle et services de consultation et d'éducation aux agences distributrices de soins communautaires. Le CMHC devait être rattaché à une unité psychiatrique d'hôpital général et sous l'administration de l'État qui devait assurer le continuum de services à partir de n'importe quel point d'entrée. On supposait qu'il nécessiterait l'emploi d'environ 100 travailleurs en santé mentale. Il est à noter qu'au moment de sa création, le programme des CMHC n'avait pas encore pour mandat d'assurer la création et le suivi des ressources communautaires.

Comme l'administration des hôpitaux psychiatriques avait été, jusque-là, presque exclusivement sous la responsabilité des États, le modèle de financement fédéral inclus dans la législation visait à démonopoliser la position de l'État afin d'acquérir le contrôle du renouvellement et de l'expansion du système de soins publics en santé mentale. Il s'agissait d'un système de financement, d'abord planifié comme temporaire et régressif, qui devait être surtout attribué à la construction des CMHC et à la couverture des coûts initiaux d'opération en supposant que, peu à peu, les États prendraient en main les frais de fonctionnement à long terme. Des amendements à la Loi en ce qui concerne le financement ont dû être apportés en 1965 pour prolonger la période d'allocation du Fédéral pour la construction et l'engagement de personnel, de même qu'en 1967 et en 1970, toujours en vue de prolonger le support financier fédéral. Les années 66 à 70 sont considérées comme l'ère de la mise en application des transformations. C'est aussi une décade témoin de nombreux changements

sociaux: l'abus des drogues, l'activisme pour la justice sociale et l'implication controversée du pays dans la guerre du Vietnam. Des contributions financières supplémentaires sont votées pour les CMHC dans les régions pauvres. L'économie florissante du début des années 60 avait favorisé la mise en place des deux systèmes d'assurance-santé publique: Medicaid, pour les gens sans ressources financières, et Medicare, pour les personnes âgées.

À ce changement dans les lois touchant le bien-être social s'ajoute, en 1972, la Loi concernant le SSI (Supplementary Security Income) qui constitue un revenu utile aux personnes inaptes au travail pour s'assurer logement et nourriture.

L'installation des CMHC ne s'est pas faite automatiquement sur l'ensemble du territoire. Selon toute probabilité, le processus d'implantation dépendait en partie des priorités des États et de leurs aptitudes à organiser un tel programme.

En 1975, est apporté un amendement à la Loi des CMHC, qui leur ajoute sept nouveaux services incluant le dépistage, les soins post-hospitaliers et un service de transition, le diagnostic spécialisé, la recherche, l'évaluation et la formation. Cette fois, se trouvent inclus l'approche de prévention primaire et les services communautaires. À ce moment, le système des CMHC a pris beaucoup d'ampleur et sa gestion, devenue complexe, donna lieu à une remise en question et à une révision de son fonctionnement. Les structures administratives seront décrites dans la section suivante.

L'administration des centres est démocratisée par rapport aux hôpitaux, en ce sens qu'elle implique un conseil consultatif de citoyens dont les devoirs et pouvoirs légaux sont inclus dans les lois de l'État. De la même façon, les conseils d'administration intègrent dans leur rang des représentants du personnel médical et des représentants de la communauté desservie.

L'expérience administrative de la désinstitutionnalisation au niveau fédéral est considérée comme un échec par plusieurs auteurs (Foley et Sharfstein, 1983; Bassuk et Gerson, 1978; Scheper-Hughes,1981).

La législation donnant naissance aux CMHC et leur mise en place se sont échelonnées sur différentes époques socio-économiques. Le plan a été approuvé par l'administration Kennedy des années 60, où l'optimisme lié à la prospérité économique régnait. La mise en place du système devait cependant surtout être assumée par les administrations subséquentes, celles de Johnson, Nixon et Ford, les deux derniers accordant une faible importance aux questions sociales. Le poids important du système de lobbying, de même que celui du veto

présidentiel rendent fragile la réalisation de projets étalés sur de longues périodes, comme celui des CMHC.

Ainsi, les plans originaux d'établissement des CMHC n'ont pas été respectés fidèlement presque dès le départ. Les CMHC ont surtout failli à la tâche de pourvoir aux programmes communautaires. Ceci a entraîné l'absence de ressources pour les patients sortis massivement des hôpitaux psychiatriques. Au début des années 80, le nombre d'hôpitaux psychiatriques d'État et de comté n'avait diminué que de 2 pour cent alors que le nombre de lits, dans ces mêmes hôpitaux, était réduit de 70 pour cent. Alors qu'en 1955 la moitié des épisodes de traitement en santé mentale s'effectuaient dans les hôpitaux psychiatriques, en 1977, une très large proportion, environ 80 pour cent, de ces épisodes étaient répartis entre les CMHC et les cliniques externes indépendantes. À ce moment, les CMHC et les unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux étaient responsables de la plus grande croissance des services de spécialité en santé mentale. Les hôpitaux d'État demeurent une ressource significative pour les patients chroniques nécessitant des soins 24 heures par jour. Mais le manque de transfert des ressources des hôpitaux psychiatriques aux programmes communautaires reste un obstacle majeur à la réussite de la désinstitutionnalisation.

Les prolongations nombreuses et imprévues de financement fédéral pour les CMHC ont concrétisé l'idée que le projet était irréaliste par sa grande ambition, le plan original voulant couvrir tous les soins en santé mentale. De plus, un certain nombre de CMHC se sont donné une vocation politique de changement social, ce qui a eu pour effet de diffuser les efforts et les ressources des centres à travers des activités trop diverses.

Au plan du rapport à la communauté, il semble que la population n'a pas modifié ses habitudes pour recourir aux services du système public. Pour ceux qui en avaient les moyens, le système privé est demeuré leur source principale de services. Le système public est alors devenu le recours des indigents. Les effets attendus sur la conscience de la population ne se sont pas fait sentir comme prévu. Ceci a eu pour conséquence que le financement des CMHC est demeuré sous la responsabilité du Gouvernement puisque les individus bénéficiant d'assurances privées ont poursuivi leurs consultations en privé. Une autre résistance imprévue venant des communautés a été celle des préjugés envers les patients psychiatriques venant habiter les établissements communautaires du voisinage. La méfiance des communautés a été accrue par le fait que les ex-patients ne semblaient pas être bien suivis à leur sortie de l'hôpital. Ainsi, les CMHC se trouvent

aujourd'hui face à une clientèle présentant des problèmes psychiatriques lourds tout en étant surtout équipés pour le traitement d'une clientèle à problèmes légers.

Bassuk et Gerson (1978) soulignent qu'on a connu un taux élevé de réadmission des patients en hôpital psychiatrique malgré l'apparente efficacité dans la réduction du taux d'hospitalisation. Les réussites de prises en charge ont été souvent issues de projets particuliers et non d'un plan global.

On constate que le CMHC fonctionne plus en vase clos qu'il n'était prévu. Les liens interservices et ceux avec l'hôpital d'État ne se sont pas établis aussi bien qu'ils avaient été planifiés.

Les systèmes d'assurances Medicare et Medicaid ne favorisent pas le développement des soins publics en santé mentale puisque ces assurances privilégient le remboursement des soins physiques qui se donnent dans des établissements de soins privés, tels que les «Nursing homes».

Ceci est dû au fait que les soins physiques sont plus facilement justifiés au plan administratif (diagnostic et traitement) que ne le sont les soins en santé mentale. Les soins externes et les séjours en lieux de transition ne se trouvent donc pas favorisés. Bien que cela encourage un certain développement de lieux d'hébergement pour des anciens patients autrement démunis, le type de fonctionnement des «Nursing homes» stimule le maintien d'un état chronique.

Une révision de la législation en 1978 et 1979 amenait, d'une part, la proposition que les fonds fédéraux soient attribués plus directement aux communautés locales et, d'autre part, que le Fédéral alloue des fonds pour développer les services aux personnes âgées, aux enfants et aux minorités, créé les services en santé mentale dans les régions sans CMHC, poursuive l'expérience des CMHC et relie les soins de santé généraux et les soins de santé mentale. Ceci forçait l'État à jouer deux rôles contradictoires, soit celui d'encourager l'émancipation du patient et, en même temps, celui d'assurer un «follow-up» agressif sous la responsabilité médicale.

Les années 80, avec l'arrivée de l'administration Reagan, ont mis fin à ces projets. Vingt-cinq pour cent du programme fédéral a été coupé et une grande partie du budget restant a été renvoyée aux États (Block Grants), suivant le consensus social autour du fait que la responsabilité des services de support et d'hébergement devait être remise aux communautés.

Afin de favoriser directement l'implantation des ressources communautaires et de contourner les difficultés que représente la com-

plexité de la bureaucratie administrative, le NIMH a lancé en 1978 le «Community Support Program» (CSP).

Ce modèle comprend dix composantes considérées comme essentielles à des soins complets (Tessler et al., 1982). Ces composantes couvrent la localisation des personnes dans le besoin, l'aide pour obtenir les revenus auxquels ils ont droit, les soins de santé mentale, la réponse aux situations de crise, les services psychosociaux, le logement, le contact et le soutien de support offert par le milieu naturel, la protection des droits, l'attribution d'un responsable de cas. Des évaluations des systèmes de CSP montrent qu'ils offrent une réponse créative aux besoins des patients chroniques. Ils sont cependant loin de se multiplier largement sous les restrictions actuelles du gouvernement fédéral. Cependant, il faut rappeler qu'un tel modèle est emprunté à ce qui existait localement en certains endroits avant l'institution du programme et avant même la naissance des CMHC. Il est important de souligner que les CSP se développent comme un système parallèle et indépendant des CMHC.

Le programme CSP favorise une certaine unité dans le système par le biais du «case manager», responsable du suivi de chaque personne bénéficiant du service offert par le programme. La répartition de chacun des projets reliés au CSP semble indépendante de toute sectorisation. On sait toutefois que les ententes se font à travers une étroite collaboration des gouvernements de l'État, des comtés et des municipalités.

En résumé, l'évolution du système de soins en santé mentale aux États-Unis a suivi un mouvement international et fait le consensus d'un grand nombre de groupes sociaux à travers une nouvelle conscience de responsabilité nationale. Le mouvement a cependant été mené par des psychiatres progressistes qui, dès 1946, ont bénéficié d'une position administrative au gouvernement fédéral. Les groupes de pression de citoyens ont souvent été les plus avant-gardistes en ce sens qu'ils ont désiré, très tôt, la prévention primaire et les soins communautaires. Les représentants médicaux ont offert une résistance aux soins désinstitutionnalisés par crainte de l'abolition du système privé.

On s'accorde cependant pour reconnaître que la motivation fondamentale du gouvernement fédéral pour opérer un mouvement vers la désinstitutionnalisation était l'espoir politique de réaliser des économies. La réponse américaine à la désinstitutionnalisation a été la création des CMHC à partir d'un espoir irréaliste que ceux-ci élimineraient tout besoin d'institutionnaliser.

Ce programme, créé entièrement sous la responsabilité fédérale, devait passer graduellement sous la responsabilité financière et administrative des États. Ceci n'a pas été entièrement réalisé.

Des avantages fiscaux devaient en outre favoriser le fonctionnement des CMHC: les sources de support financier fédéral, les sources d'organisme privé, le support fédéral à des programmes particuliers tels que le traitement des toxicomanies, l'assurance Medicaid, les assurances subventionnées des tiers (comme les programmes de bénéfices de santé des employés fédéraux) et, enfin, le SSI, l'aide financière aux personnes inaptes au travail.

Toutefois, des obstacles majeurs se sont opposés à la réalisation du programme entier des CMHC: 1) son implantation sous différentes administrations et différents contextes économiques a entraîné des difficultés financières et la résistance des États à assumer seuls la responsabilité du programme; 2) la sortie des patients des hôpitaux phychiatriques avant que suffisamment de ressources communautaires soient disponibles et la difficulté de transférer les ressources des hôpitaux aux soins communautaires, le système restant malgré tout très médicalisé; 3) le manque d'intégration réelle de la population au projet et 4) les objectifs trop nombreux attribués au CMHC, amenant ainsi la diffusion des efforts et des ressources.

Bien que les effectifs en hôpital psychiatrique aient été réduits, le nombre d'hôpitaux psychiatriques l'a été très peu. Seulement 35 pour cent des consultations se font aux CMHC et ce sont surtout les personnes pauvres qui ont recours à de tels services alors que la population générale continue à consulter en privé. Les CMHC se retrouvent donc devant une population souvent chronique sans posséder, parallèlement, les moyens pour répondre à ses besoins. Le CSP, amorcé en 1978, constitue une réponse encore très partielle à de tels besoins. Il se développe selon des modèles très variés de relation entre agences déjà existantes.

Les restrictions budgétaires importantes des années 80 s'accompagnaient d'une intention de favoriser le retour de la responsabilité vers les communautés. Avec l'administration Reagan, le rôle du gouvernement se voit réduit au profit de l'action des forces du marché. Ceci encourage le système privé au détriment du réseau public.

Chapitre II
Structures politico-administratives

Depuis la dernière décennie, l'administration a cherché à créer un lien entre les soins de santé et les services sociaux. Nous tenterons de voir l'expression de cet objectif, d'abord à travers l'organisation des structures administratives au niveau fédéral et, ensuite, à travers les modes de financement du Fédéral aux États. Enfin, nous verrons quelle est la forme de l'organisation des structures administratives au niveau du gouvernement de l'État.

1. Structures administratives fédérales

Au niveau fédéral, le ministère qui possède une responsabilité en santé mentale se nomme le département de Santé et de Services humains (Department of Health and Human Services), signifiant ainsi, dès le départ, un souci d'intégrer santé et services sociaux. Toutefois, comme le souligne Ten Hoor (1982), ce département administre le 3e budget en importance au monde après les budgets globaux des États-Unis et de l'Union Soviétique. Bien qu'ils partagent le même corps administratif, les services de santé et les services sociaux se trouvent rapidement divisés de par leur grande complexité. La dernière décennie a vu naître un mouvement administratif vers l'intégration en réaction à la complexité croissante du système, surtout depuis l'instauration des CMHC. Ceci avait pour but d'assimiler l'ensemble des services de santé et les services sociaux accompagnés de l'aide au revenu, des services d'emploi, de l'aide sociale et des autres programmes dans les communautés. D'ailleurs, en 1978, le Département a changé son nom de département of Health Education and Welfare qui lui était attribué depuis 1950, pour celui d'aujourd'hui qui recouvre l'ensemble des services en santé et au social, excluant l'éducation.

La base de l'organisation des soins de santé et des services sociaux dirigée par le ministère de la Santé et des Services humains est la Loi sur la sécurité sociale de 1930. Cette loi offre une assurance sociale contre le chômage, l'infirmité, le veillissement, le veuvage et le fait d'être orphelin. Bien que de nombreuses autres lois soient venues s'y ajouter, elle demeure le fondement du Ministère, Au tableau 1, l'organigramme présente les quatres grandes divisions d'opération du Ministère. Santé et Social sont séparés au plan de

l'administration fédérale. Pour chacune des deux sections, une division est consacrée au financement et à la distribution des services.

Sont présentés les quatre grandes divisions et les programmes majeurs qui en font partie, ainsi que les types de financement que ces programmes génèrent, lorsqu'il y a lieu. Les chiffres romains réfèrent au numéro de la législation. Ils sont mentionnés parce qu'on y réfère couramment pour désigner l'entité administrative.

Tableau 1

Federal

Department of Health and Human Services

SANTÉ

HCFA

HEALTH CARE FINANCING

2 Entitlements

MEDICARE (XVIII)

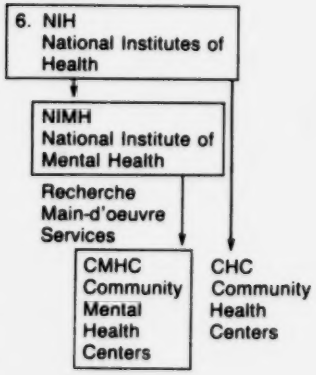
MEDICAID (XIX)

PHS

PUBLIC HEALTH SERVICE

50 Categorical programs

1. ADAMHA
   Alcohol drug abuse and mental Health administration
2. Centers for desease control
3. Food and drug administration
4. Health resource administration
5. Health services administration
6. NIH
   National Institutes of Health



SSA

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

Entitlement: Social Security Act (XX)

1. OASDI (Social Security)
   Old age, survivors and disability insurance
2. SSI
   Supplemental Security Income
3. AFDC (Welfare)
   Aid to families with dependent children

SOCIAL

OHDS

OFFICE OF HUMAN Development services

1. Administration for Children, youth, families
2. Foster care
   Adoption
   Child welfare
   Older Americans
3. Developmental disabilities
4. NATIVE AMERICANS

La division consacrée au financement des services de santé comprend Medicare et Medicaid. La division équivalente du côté social englobe la sécurité sociale, le revenu supplémentaire (SSI) et l'aide sociale (Welfare). Elle administre le plus gros budget du Ministère (150 milliards $). Les divisions consacrées aux services eux-mêmes montrent qu'il existe plus de 50 programmes dans le domaine de la santé. Les instituts nationaux de santé incluent le NIMH qui administre le programme des CMHC. Cependant, ce programme doit souvent chevaucher l'administration de santé et l'administration sociale, étant donné les besoins de la clientèle des CMHC en matière d'aide sociale et de revenus supplémentaires. Ce recours à l'administration sociale touche cependant plus la clientèle des CMHC que l'administration proprement dite des centres qui relève du domaine de la santé.

2. Modes de financement fédéral

Les modes de financement à partir du Fédéral révèlent aussi les types de liens que celui-ci cherche à établir avec les États et les administrations locales. Le Fédéral opère selon trois types de programme de financement qui constituent essentiellement la source de ses liens avec l'État et le gouvernement local. Ces trois programmes sont 1) «Categorical Grants» (fonds par catégorie), 2) «Block Grants» (fonds en blocs) et 3) «Entitlements».

Les «Categorical Grants», les plus nombreux, sont attribués pour des groupes spéciaux et contiennent souvent des dimensions légales impliquant des changements structuraux de base pour leur groupe. Le programme des CMHC en est un exemple. Ils ont un impact sur tous les États et visent également à avoir un impact stimulant sur d'autres ressources.

Les «Block Grants» sont l'antithèse du «Categorical Grant». Ils réduisent le rôle du Féréral en ce sens qu'ils opèrent un transfert d'argent à l'État qui en décide de l'attribution. Ils sont ainsi plus flexibles. La Loi XX, ou «Social Security Act», en est un exemple. Promulguée en 1974, cette loi sur le financement sépare les fonctions de service social des fonctions de transfert de revenu puisqu'elle touche les fonds pour les services. Pour assurer cependant que les pauvres soient servis, 50 pour cent au moins des fonds, sous cette loi, doivent être consacrés aux services offerts aux populations pauvres, tout en exluant les soins médicaux. Les États peuvent diriger i'argent du Fédéral vers n'importe quel service social qui rencontre certains objectifs assez larges touchant l'aide socio-économique et le logement. Ce type de financement est largement favorisé sous l'administration Reagan.

Les «Enti ents» sont, pour leur part, attribués pour répondre au droit des citoyens à recevoir certains services. C'est le modèle de Medicare et de Medicaid, par exemple, qui pourvoit aux soins de santé des pauvres et des personnes âgées. Ces fonds représentent des montants élevés, ils sont permanents et destinés à une large partie de la population. L'instauration de Medicaid, en 1965, était vue alors comme un premier pas vers l'assurance-santé nationale universelle. Medicaid a sa source dans le secteur de l'aide sociale et, de ce fait, rend éligibles les récipiendaires du AFDC (Welfare) et du SSI (Supplemental Security Income). Ces programmes sont aménagés et administrés par les États selon certaines exigences du gouvernement fédéral qui assume de 50 à 78 pour cent des coûts selon les revenus per capita moyens par État. Le coût de Medicaid a doublé en cinq ans pour trois grandes raisons: 1) l'usage croissant de la haute technologie dans les soins de santé usuels, 2) le biais institutionnel du programme qui rembourse les soins dans une institution mais impose des limites plus strictes à des soins moins coûteux à domicile ou en bureau et 3) le programme commence à couvrir les coûts des services traditionnellement reconnus comme des services sociaux.

Le programme Medicaid ne favorise pas nécessairement la création de liens puisqu'il s'agit d'un système de remboursement de services, ce qui n'encourage pas ni la prévention ni la référence à un autre traitement.

Avec l'administration fédérale actuelle, tous les financements administrés principalement par les États augmentent. Ainsi, les «Categorical Grants» sont délaissés au profit des «Block Grants». Malgré tout, ce sont les «Categorical Grants» qui demeurent les plus abondants.

Selon Ten Hoor (1982), la création de liens entre les organisations administratives, soit à l'intérieur du ministère fédéral, soit entre le Fédéral et les États, est très difficile. L'attribution des fonds sur une base annuelle de même que les changements réguliers de leadership interfèrent avec la nécessité d'une approche graduelle usant d'une stratégie de négociation plutôt qu'une approche de haute administration autoritaire.

Au niveau fédéral, l'effort d'intégration se traduit dans la transformation des «Categorical Grants» en «Block Grants». Cette approche va de pair avec une philosophie politique prônant le remplacement du contrôle fédéral par le contrôle de l'État, due surtout à la réduction de budgets, la décentralisation de l'autorité et la réorganisation des bureaucraties gouvernementales. Ten Hoor (1982) souligne combien ces arguments justifiant l'intégration relèvent plus de

l'administration que des sciences médicale et sociale qui favoriseraient une perspective d'intégration en fonction de la nécessité de rencontrer les besoins de façon plus complète. Selon l'auteur, une telle perspective aurait plus de mérite et de succès bien qu'on puisse mettre en doute la possibilité de recourir à un modèle plus scientifique, étant donné le contexte politique et économique des relations entre le Fédéral et les États.

Les facteurs de résistance à une meilleure intégration des administrations de services de santé et services sociaux sont d'ordre législatif, exécutif et administratif.

Au niveau législatif, la proposition de transformer 40 programmes de «Categorical Grants» en un seul «Block Grant» a été rejetée par le Congrès américain qui assume la responsabilité de ces programmes. La transormation en quatre programmes «Block Grants» dépendant de juridiction de comités différents n'a pas favorisé l'intégration des services.

Santé et services sociaux demeurent en «Block Grants» séparés. Le processus législatif ne se prête donc pas à l'intégration.

Au niveau exécutif et administratif, il s'agit d'obstacles à l'intégration interministérielle qui sont représentés par la multiplication des divisions d'«opérations» et de personnel. D'autre part, la spécialisation nécessaire des divers personnels pour faire face à la complexité des opérations ne favorise pas l'échange. Enfin, les programmes de services sociaux sont organisés autour de groupes de population cibles alors que les programmes de soins de santé le sont autour des fournisseurs de soins de santé. Ceci entraîne compétition et tension.

Selon Ten Hoor (1982), le système des services de santé et des services sociaux américains manifeste une grande fragmentation qui crée un terrain propice à la duplication et au gaspillage. Cependant, un avantage de cette situation est une plus grande liberté de choix pour l'individu. Un autre argument pour la fragmentation est la plus grande flexibilité pour l'État dans son choix des programmes. La rationalisation et l'intégration pourraient être vus comme facteurs de réduction des choix de services à l'intérieur du système public.

Prenant l'expérience particulière des CMHC dans le domaine de la santé mentale, Ten Hoor (1982) souligne qu'il n'ont pas réussi à tisser tous les liens anticipés entre les organisations de soins. Tout d'abord, la création de Medicare - Medicaid n'a pas abouti tel que prévu à l'universalisation de l'assurance-santé de même que les nombreuses pressions du NIMH sur ses partenaires dans le domaine du financement des soins de santé sont restées sans succès. Ensuite,

les CMHC n'ont pas réellement lié leurs efforts à ceux du domaine des services sociaux. Ceci est dû principalement au fait qu'ils relèvent plus d'une administration de santé. Aussi, la structuration des services sociaux diffère de celle des services de santé, les premiers étant identifiés selon les populations à servir et les seconds, selon les organismes distributeurs de services.

Les deux organismes responsables OHDS et NIMH sont distants administrativement. De plus, les services sociaux étant enracinés dans le système d'aide sociale, la majorité de la population qui y recourt est pauvre et peu disposée à recevoir l'étiquette supplémentaire de personnes ayant des difficultés affectives.

La création du CSP représente en quelque sorte une réponse à ces difficultés de coordination puisque chaque programme créé est indépendant et autogéré à l'intérieur des structures locales qui en font partie.

3. Structures administratives de l'État

Les structures gouvernementales de l'État s'organisent habituellement en parallèle avec celles du Fédéral. Ainsi, directement sous l'autorité exécutive du Gouverneur, on trouve habituellement le ministère des Services humains (Department of Human Services) qui se divise en sections santé (Public Health Services) et social (Social Welfare). La seconde administre généralement trois des quatre divisions opérationnelles du Department of Health and Human Services du Fédéral: OHDS (Office of Human Development Services), HCFA (Health Care Financing Administration) et SSA (Social Security Administration) alors que la première se limite à l'administration des services de santé. Il faut d'ailleurs se rappeler que les organisations de l'État sont antérieures à celles du Fédéral. Comme au Fédéral, le pouvoir législatif exerce de la pression sur l'autorité administrative, en l'occurrence celle du Gouverneur. À cause d'expériences administratives décevantes comme celle des CMHC, les législateurs ont de plus en plus exigé de pouvoir contrôler plus étroitement l'usage des fonds. La création du «Categorical Grant», par le Fédéral et pour les CMHC, a entraîné l'établissement de plusieurs nouvelles ressources par les États qui ont dû, après huit ans, en assumer totalement les frais d'opération. Ce fut la conséquence des amendements de la législation au Fédéral qui réduisait son engagement financier original sans que surgissent, comme prévu, des fonds venant d'une tierce partie, telle que les assurances privées.

De plus, la transformation du financement en «Block Grants», bien qu'elle apporte plus de pouvoir aux États, suppose une coupure de

25 pour cent du financement fédéral. À cette réduction, on doit ajouter celle qui est entraînée par l'inflation. Ce qui est dramatique selon Ten Hoor (1982), c'est que la plupart des programmes inclus dans ces «Block Grants» n'auraient jamais été initiés par les États sans l'aide du Fédéral.

Ainsi, l'augmentation du poids des enjeux financiers au niveau des États laisse croire que la législature d'État jouera un rôle de plus en plus large dans l'établissement des politiques.

C'est au niveau des États que la fragmentation du système devient apparente, puisque les différences entre santé et social se font concrètes: par exemple, Medicaid rembourse 25,00 $ pour une visite de service de santé à la maison alors qu'elle en offre 8,00 $ pour un service comparable rendu par un auxiliaire familial sous le «Social Security Act». Une façon pour les États de tenter certaine intégration des services est d'établir des organisations «parapluie» regroupant l'administration de plusieurs programmes fédéraux. On entrevoit que la réussite de l'intégration serait liée au fait que l'État supervise tout en laissant l'administration aux mains des instances plus locales, comme le comté (Ten Hoor, 1982). L'intégration doit d'abord partir d'un consensus parmi les officiels locaux, les distributeurs de services, les travailleurs et les autres groupes d'intérêt, ce qui ne semble pas réalisé dans plusieurs endroits.

À l'aide de l'exemple de l'État du Massachusetts, nous verrons ici comment tente de se réaliser l'intégration entre les soins de santé et les services sociaux et quels sont les obstacles majeurs à cette réalisation.

3.1 État du Massachusetts

L'État du Massachusetts, avec ceux de New York et de la Californie, a pris la tête dans la course à la diminution de la population en hôpital psychiatrique dès le milieu des années 60. Son action dans le domaine du développement des ressources communautaires a donc pu être considérée comme avant-gardiste.

La distribution des soins s'est répartie entre les centres de santé de quartier (Community Health Centers, CHC) et les CMHC. En principe, le CHC doit répondre à tous les besoins de santé de la population de quartier alors que le CMHC donne des services en santé mentale à la population d'une zone (Catchment area) qui regroupe plusieurs quartiers. Le centre de santé de quartier (CHC) sert d'extension aux hôpitaux généraux et propose une clinique sur rendez-vous, une clinique de soins intensifs et une clinique d'urgences et vise à

offrir un ensemble complet de soins. Il comporte une gamme de soins psychiatriques et, en principe, son unité de santé mentale est reliée à un CMHC qui lui sert surtout de ressource pour les soins ambulatoires, tel que le traitement de jour. L'existence des CHC, de même que leur lien avec les CMHC, sont particuliers à l'État du Massachusetts.

Le lien entre le CHC et le CMHC peut se faire selon différents plans théoriques. Il en existe quatre grands modèles: 1) la tâche conjointe, le modèle le plus courant, où le programme en santé mentale est élaboré par du personnel qui assure une présence aux deux types de centre; 2) l'autonomie du CHC où tout le programme en santé mentale dans le quartier est assumé uniquement par le quartier; 3) l'«Out-Post» où le personnel en santé mentale dans le quartier est prêté par le CMHC et 4) le modèle consultatif où le CHC, sans programme en santé mentale, opère par consultation et référence au CMHC. Lorsqu'il y a collaboration, elle se retrouve surtout dans le support offert par le CMHC au CHC pour la formation, la supervision, la planification du programme et l'évaluation en santé mentale.

Les ententes de collaboration prévues des CHC et CMHC doivent résulter en un réseau de distribution des services pourvus de mécanismes de liaison permettant la continuité des soins et offrant plusieurs portes d'entrée dans le système. L'accès du spécialiste est possible dès l'entrée. Aucune référence n'est nécessaire. Dans les situations de crise, les patients sont souvent d'abord reçus à l'urgence de l'hôpital, puis peuvent être acheminés vers trois types de ressources: 1) externe aux services de santé mentale; 2) unité psychiatrique et 3) hospitalisation 24 heures en unité de soutien de médecine générale. De façon générale, il semble que la plupart des gens utilisent le centre de santé comme première porte d'entrée pour ensuite être référés ou s'acheminer d'eux-mêmes vers une spécialité. Il faut souligner que ce sont les omnipraticiens qui voient le plus grand nombre de patients recevant un diagnostic de maladie mentale. Vingt-et-un pour cent seulement consultent les spécialistes. Ceci exclut les consultations aux diverses autres agences offrant des services de type service social, qui fonctionnent parallèlement aux centres de santé et de santé mentale.

D'une part, les psychiatres semblent réservés aux situations de crise aiguës pour de plus courtes périodes. Les consultations à long terme les plus fréquentes auprès des patients chroniques sont, d'autre part, assumées par des professionnels non médicaux tels que les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux.

La continuité des soins pour les patients chroniques revient à l'organisation des CMHC. Les programmes de santé mentale communautaires visent principalement à fournir des services externes bien que les CMHC offrent aussi des services d'hospitalisation.

Le service ambulatoire communautaire est un service de soins continus incluant les logements («résidences») communautaires et les programmes de traitement. Ce réseau de services peut comprendre une urgence de 24 heures, des programmes d'activités de jour dans la communauté, un service hospitalier fournissant hôpital de jour et traitement de jour. Il existe un service infirmier de consultation à domicile et des soins médicaux dispensés aux patients par les CHC.

Avec la désinstitutionnalisation, les soins hospitaliers des patients désinstitutionnalisés se sont rapidement déplacés des hôpitaux d'État vers les hôpitaux généraux publics. De 1974 à 1980, le nombre d'unités psychiatriques de soins intensifs dans les hôpitaux généraux du Massachusetts a augmenté de 16 à 39 et le nombre de lits psychiatriques dans ces unités est passé de 599 à 845. Les psychiatres de cet État considèrent cependant que les besoins restent très nombreux et mal comblés. Il est souvent difficile d'avoir accès à un lit même pour une admission d'urgence. La demande va actuellement en s'accroissant. En 1974, la moitié des unités psychiatriques d'hôpital général ont été reliées à divers services communautaires, comme les CMHC.

Par la Loi sur l'habitation et le développement communautaire en 1974, l'État du Massachusetts innovait dans le développement des programmes d'hébergement communautaires à travers une entreprise interministérielle. Le département de développement urbain (Housing and Urban Development) a d'abord supporté financièrement la construction de logements pour handicapés. Ce règlement n'a intégré que plus tard les malades mentaux chroniques.

L'implantation des établissements d'hébergement communautaires se fait sous la responsabilité du Service de soins continus du CMHC. C'est à travers le Centre que le ministère de la Santé mentale et le ministère du Développement urbain de l'État supportent la création de ces logements. Cependant, au Massachusetts, tout type d'organisation commerciale peut opérer une «résidence» communautaire. Il peut s'agir d'une corporation, d'une association non incorporée, d'une propriété individuelle, d'une agence publique ou autre.

Le modèle «résidentiel» comporte donc des groupes privés de même que des agences choisies par l'État. Ceux-ci doivent répondre à certaines règles émises par le ministère de la Santé mentale qui exige: 1) une direction de la «résidence»; 2) une administration

interne; 3) de la consultation professionnelle et 4) la disponibilité d'une agence médicale. Il existe deux mécanismes de contrôle, soit des rapports détaillés selon les critères du Ministère et des visites d'inspection. L'approbation d'une «résidence» entraîne souvent un processus de longues démarches à travers la bureaucratie ministérielle.

La prévention ne semble pas aussi développée que prévue, puisque la plupart des centres de santé incluent peu de programmes d'organismes communautaires et de développement et lorsque cela se fait, les sujets ne touchent pas nécessairement la maladie mentale.

L'intégration entre centres de santé et centres de santé mentale ne semble pas se réaliser réellement. Nous pourrons en parler plus concrètement dans la section suivante qui analyse le fonctionnement d'un centre de santé mentale. Il existe des obstacles sur les plans administratif et financier. Les centres de santé de quartier (CHC) opèrent avec les fonds de l'hôpital alors que les centres de santé mentale (CHMC) sont directement subventionnés par l'État. Comme l'aide offerte par le CMHC au CHC est plutôt sous forme de ressources humaines et de planification, les soins en santé mentale au CHC sont probablement aussi financés par l'hôpital. Ce double système de financement pour les services en santé mentale rend difficile l'intégration visée entre CHC et CMHC. Des études révèlent une duplication des services (Descent-Letarte, 1984). Il est donc probable que les CHC et les CMHC possèdent souvent des équipes parallèles. Les services aux enfants et à la jeunesse dépendent d'autres fonds provenant du ministère fédéral de la Santé et des Services humains ainsi que du ministère de l'Éducation.

L'effort de l'intégration des soins de santé et des services sociaux rencontre donc un échec au plan de l'administration fédérale. Le Massachusetts a tenté cette intégration à travers une collaboration des CHC et CMHC. Comme il n'existe finalement aucune intégration satisfaisante entre les niveaux municipal, État et fédéral, il apparaît inévitable que quelques services soient inadéquats et qu'il existe de la duplication.

3.2 État de New York

L'État de New York s'est nettement situé à l'avant-garde du mouvement de désinstitutionnalisation et de création de ressources communautaires par sa Loi de 1954 sur les Services de santé communautaires. Cette législation fut marquante et constitua un stimulus pour l'implantation de services similaires dans d'autres États de même que pour la création de la Commission d'étude formée par le Congrès,

en 1955, et la création de la Loi sur les Centres communautaires de santé mentale (CMHC), en 1963. Il semble toutefois que la législation de 1954 ait été plus rapide à promouvoir «l'évacuation» des hôpitaux que la création de ressources communautaires.

Cet État a suivi depuis la dernière décennie le mouvement d'intégration des soins de santé et des services sociaux imprimé par la Loi fédérale, en 1974, sur la planification nationale de la santé et du développement des ressources. Il a créé sa propre commission de planification de la santé qui s'est aussi appelée Loi sur les services unifiés. Cette loi devait favoriser le regroupement administratif de tous les organismes dispensateurs de services. Elle visait, entre autres, à définir les différents types de «résidences» communautaires et à les chapeauter de l'administration de la section des services sociaux qui aurait la responsabilité d'émettre les permis.

Les priorités de la Commission de planification étaient de s'orienter vers les soins dans la communauté, par conséquent, vers un usage sélectif de l'hôpital. La formation de cette commission représentait un effort de travail multidisciplinaire puisqu'elle intégrait, entre autres, des représentants de la santé, des services sociaux, de l'environnement, de l'éducation et de différents ministères et organismes touchant de près ou de loin aux soins et à la protection des malades mentaux. À la suite du premier plan de santé élaboré par la Commission et couvrant la période 1979 à 1984, l'Office de santé mentale, sous-section du ministère de l'Hygiène mentale, a été chargé de développer un lien formel entre les services de santé, les services sociaux et les divers groupes de consultation et de support en renforçant aussi la participation des citoyens dans la planification. C'est ainsi que l'organigramme de la structure politico-administrative au niveau de l'État fait beaucoup de place aux commissions, conseils et comités consultatifs en matière de recherche et de planification de santé.

Une étude réalisée en 1976 sur l'ensemble des services publics en santé mentale critiqua sévèrement les CMHC, la fraude et d'autres formes d'exploitation criminelle des bénéficiaires de foyers infirmiers. Cela a entraîné un resserrement des mécanismes de contrôle de la qualité et la création de nouvelles normes, par exemple à travers des actions légales envers les dispensateurs non institutionnels afin de les soumettre à une certification.

Malgré tous ces efforts de contrôle et d'unification, il semble que l'État de New York se caractérise également par la fragmentation de ses services. Les services suivants sont décrits comme fonctionnant de façon indépendante les uns des autres: 1) les CMHC localisés dans les anciens hôpitaux psychiatriques d'État; 2 les départements

de psychiatrie des hôpitaux généraux locaux volontaires; 3) les départements de psychiatrie des hôpitaux municipaux et de comté; 4) les agences et cliniques locales autonomes de santé mentale; 5) les institutions privées; 6) les bureaux de pratique privée (35 pour cent des établissements seulement relèvent de l'État ou des collectivités locales et 42 pour cent, des fondations; les autres sont attachés au secteur privé); 7) les hôpitaux psychiatriques administrés et financés par l'État de New York.

Le réseau des CMHC semble s'être développé selon des conditions locales et non selon un modèle unifié, comme au Massachusetts. Le système de collaboration des CMHC et des centres de santé suit un modèle théorique semblable à celui du Massachusetts, alors qu'il se réalise peu dans les faits.

On dit que l'effort d'unification des 44 comités et 8 régions de l'État s'est soldé par un échec administratif dû à de pauvres mesures fiscales et à la confusion dans les directives. Plus de trois millions de personnes se trouvent encore dans des zones sous-desservies médicalement, 49 pour cent des médecins pratiquant dans la ville de New York et moins de 10 pour cent des patients sont référés au CMHC ou ailleurs à leur sortie de l'hôpital. En ce sens, l'État de New York a aussi été victime de l'échec administratif au niveau fédéral, de la mise en place et de l'organisation des CMHC. Notons toutefois qu'actuellement, le Bureau de la santé mentale de l'État de New York (New York State Office of Mental Health) met l'accent principalement sur l'intégration et la consolidation des divers services de l'État, incluant les agences municipales, locales, les entrepreneurs privés de même que les agences de bénévolat. Les expériences de South Beach, Nassau, Harlem Valley et de l'organisme Fountain House décrites plus loin en sont de bons exemples.

Ce qui demeure comme une caractéristique positive des services en santé mentale de l'État de New York, c'est l'existence d'expériences particulières à différentes zones. La Commission de planification a permis un certain soutien aux expériences déjà en place tout en encourageant la création de nouvelles à travers le plan fédéral des programmes de support communautaires (CSP). Plusieurs comtés ont mis en place un système de support communautaire visant à assurer les services de santé mentale hors du milieu hospitalier. Pour assurer la coordination et l'intégration des services de support communautaire, le département de santé mentale a sélectionné quatre de ses agences à contrat pour servir d'agences clés ou directrices. Il est important de souligner que ces expériences se situent principalement autour de la ville de New York.

Trois de ces agences sont des programmes de santé mentale à l'hôpital avec des services d'hospitalisation, externes et d'hospitalisation partielle, et la quatrième, le Centre d'orientation du sud-est de Nassau est une clinique importante ayant une expérience exceptionnelle dans la distribution de services de post-cure aux invalides mentaux graves. Une cinquième agence, l'Institut de réadaptation de Mincola, assure un programme vocationnel de réadaptation globale et un service d'atelier protégé pour compléter le traitement de jour et d'autres services de support disponibles par d'autres agences.

Chaque agence directrice a reçu la responsabilité d'assurer un système de soins de santé mentale d'ensemble qui inclut la gestion de cas, les soins cliniques, la formation, le traitement de jour et le transport. Le Département de santé mentale du comté de Nassau est responsable de la planification, de la coordination et du financement de ses agences contractuelles, et constitue la voie fiscale pour ses agences directrices.

Les exemples qui suivent illustrent bien l'effort d'intégration des services communautaires propres à des régions données (Descent-Letarte, 1984), selon différentes modalités.

Système de support communautaire South Beach

Cet exemple est une illustration de CSP initié autour d'un centre hospitalier. Le Centre psychiatrique de South Beach est le principal distributeur et l'agence clé des systèmes de support communautaire pour les services de santé mentale de la partie ouest de Brooklyn et Staten Island, New York. Le Centre dessert une population d'environ 1,5 million via un système de zone de bassin de soins hospitaliers et externes. La compétition des patients chroniques pour des ressources hospitalières limitées marquées par des admissions aiguës a créé des pressions administratives et amené le Centre à participer au développement d'un système d'ensemble de distribution des services pour ses patients de longue durée, centré principalement sur les jeunes patients chroniques adultes. En 1979, le Centre créait le Service de traitement communautaire d'hébergement, service qui depuis, a développé une large gamme de programmes opérés par l'État et la communauté, et spécifiquement conçus pour les patients de longue durée. Ces programmes comportent une unité hospitalière, quelques programmes de réadaptation sur place, dans des foyers pour adultes privés, un programme de formation pour retourner dans la communauté, et des «résidences» de soins familiaux. Ces services ont été implantés et/ou sont coordonnés par diverses unités administratives du Service de traitement communautaire d'hébergement.

Le projet d'habitation du Centre visait à stimuler le développement de programmes d'hébergement à l'intérieur de leur zone de bassin et à s'assurer que les programmes reflétaient les niveaux de soins requis par les clients renvoyés du centre psychiatrique. Comme partie du projet, le Centre a établi des ententes avec des installations du secteur privé pour dispenser les services aux malades chroniques. Les programmes fondés sur ces ententes ont été organisés sous forme de consortium, mieux décrit comme un système équilibré de distribution de services. À l'intérieur du consortium, un programme d'hébergement communautaire est, sur le plan opérationnel, défini comme unités de 24 lits, soit de support, soit supervisée. Pour soutenir le système de «résidence» communautaires parrainés par le secteur privé, le Centre a interrelié les services de ces «résidences» avec ceux du Service de traitement communautaire d'hébergement ainsi que les divers départements externes du Centre. Ainsi, le personnel dans les programmes de «résidence» communautaire assure les services de gestion de cas pour les clients et réfère les clients aux services médicaux et dentaires, alors que les départements externes dans la communauté du Centre assument le traitement, l'hôpital de jour et les services d'ateliers protégés pour ces clients.

D'autres niveaux de soins additionnels sont rencontrés par des projets de formation en soins familiaux et d'aptitudes pour retrouner dans la communauté. Des foyers de citoyens privés, après un examen de contrôle, sont certifiés comme «résidences de soins familiaux» selon des normes rigoureuses; une équipe de soins familiaux mobile assure les services d'intervention en cas de crise et la formation in vivo du personnel de ces «résidences».

Le programme de formation pour retourner dans la communauté consiste en une maison de transition située sur les terrains du Centre, où l'on dispense de la formation concernant, entre autres, les comportements de demande d'aide constructifs, la cuisine, l'administration d'un budget. L'intégration des niveaux de soins à l'intérieur du système est assurée par de fréquentes réunions des administrateurs des «résidences» du secteur privé et des représentants d'unités «résidentielles» opérées par l'État. Cette intégration a aboutit à un système de soins d'hébergement flexibles qui permet une référence appropriée des clients requérant des environnements plus ou moins structurés, sans la nécessité d'une réadmission à l'hôpital.

Nassau

Cet exemple illustre un autre CSP, cette fois initié par le comté. En 1977, le Département de santé mental du comté de Nassau (N.Y.)

présentait une méthodologie d'ensemble pour assurer une gamme de services de support en santé mentale. Le plan de ces services reflétait, en partie, le modèle de programme de support communautaire du NIMH. La première phase du plan entra en opération en février 1979 et le programme était implanté avec l'aide du Bureau de santé mentale de l'État de New York. Il est entièrement subventionné par l'État.

Le comté de Nassau a une population d'environ 1,4 million d'habitants et est subdivisé en quatre aires géographiques: le nord, le sud-ouest, le sud-est et les régions centrales. Chaque région comprend environ 350 000 habitants.

Pour assurer une bonne coordination et l'intégration de ses services de support communautaire, le Département de santé mentale a sélectionné quatre de ses agences contractuelles pour servir d'agences directrices:

— le Centre d'orientation du sud-est de Nassau, à Seaford,
— l'hôpital Mercy de Rockville Center,
— le Centre médical du comté de Nassau, dans East Meadow, et
— l'hôpital universitaire North Shore, à Manhasset.

Le Centre d'orientation du sud-est de Nassau et l'hôpital Mercy se sont dotés de quatre gestionnaires de cas pour suivre les 222 clients desservis par chaque installation, alors que les deux autres agences en ont nommé trois pour leurs 100 clients respectifs. Deux des agences directrices ont développé et étendu leur capacité en traitement de jour pour 80 clients et employé du personnel suffisant pour 240 clients en formation de compétence et d'aptitudes. Ces services sont dispensés sur place dans quelques foyers privés pour adultes situés à l'intérieur de Long Beach; leur finalité est d'aider les clients à participer dans des programmes plus structurés et exigeants, tels que le programme de traitement de jour, cinq jours/semaine, ou les ateliers protégés de l'Institut de réadaptation. Ceux-ci distribuent des services à 50 clients.

Un programme extensif communautaire de crise utilise huit travailleurs sociaux sur appel et des travailleurs du service civil de l'État s'ajoutent au programme de système de support communautaire.

Un programme spécial de vieux compagnons s'est développé à cause du grand nombre de citoyens âgés retraités vivant à Long Beach. Vingt-quatre citoyens âgés ont été recrutés, employés à temps partiel et formés comme compagnons et protecteurs pour 72 clients sévèrement invalides.

Une composante clé du système de support est un système élaboré de transport. Chaque agence directrice dispose d'un conducteur-conseiller, d'un minibus et a accès aux autobus pour le transport des clients. Une agence est responsable de la coordination du système pour assurer une utilisation maximum en tout temps.

La collaboration de l'État et du comté a mené à l'utilisation d'employés du service civil de l'État pour développer un programme de socialisation et de récréation qui fonctionne deux soirs/semaine et le dimanche. Ce programme est contigu aux installations de traitement de jour de l'Hôpital Mercy, Long Island; ainsi, une gamme de services de réadaptation psychosociale est disponible aux clients du CSP (Community Support Program) chaque jour de la semaine, deux soirs/semaine et durant les fins de semaine.

Tous les gestionnaires de cas dans le programme CSP sont requis de compléter (1 après-midi/semaine, 14 semaines) un programme de formation créé par le Bureau de santé mentale de l'État.

De façon courante, les agences directrices desservent environ 633 clients. L'âge des clients varie de 18 à 75 ans (la moyenne est de 45 ans). Environ 85 pour cent ont été diagnostiqués comme schizophrènes et un petit pourcentage, comme maniaque dépressif. Presque tous les clients ont présenté des désordres psychotiques et tous sont identifiés comme malades mentaux chroniques.

Depuis le début du programme CSP à travers l'État de New York, il y a eu une réduction notable, à l'intérieur de la population des patients du CSS, des admissions dans les établissements psychiatriques d'État, selon une étude soumise en 1980 au Bureau de santé mentale de l'État de New York (Blume et Sovronsky, 1981).

Harlem Valley

Cet exemple illustre un changement radical de vocation commencé par un très vieil hôpital psychiatrique. L'expérience du Centre psychiatrique Harlem Valley de l'État de New York est unique en termes d'établissement de services communautaires. Ce Centre était encore, en 1975, un établissement de curatelle; en 1978, il s'était transformé en plus de trente programmes communautaires et avait diminué sa population hospitalisée d'environ 1 900 patients en 1975 à 550 en 1978. Apparemment, le succès du Centre peut être attribué à une variété de facteurs, dont un leadership ferme de la part de l'administration et du nouveau directeur et le type de relations de travail et de stratégies qui ont évolué.

Les relations de travail se sont établies non seulement avec des agences impliquées mais aussi avec des groupes de consommateurs. Ainsi, quand le Centre identifiait un besoin et voulait le satisfaire, il recevait l'appui des citoyens. À mesure que le Centre implantait divers sites pour ses programmes communautaires, le personnel du Centre impliquait les voisins intéressés et les consommateurs, et les organisèrent en groupes-conseil pour les opératons du Centre dans la communauté locale. Ces efforts ont mené à la formation de groupes représentant aussi bien les droits des consommateurs que les services du Centre.

En p'us d'impliquer les consommateurs, le Centre a établi sa crédibilité en énonçant qu'il visait principalement à combler les besoins non rencontrés et spécialement ceux des groupes prioritaires. L'administrateur du Centre a toujours maintenu la participation de toutes les autres agences et a encouragé l'implication d'agences volontaires, aussi bien que du gouvernement local dans l'établissement de ses services prioritaires (Haveliwala, 1978).

Fountain House: réinsertion sociale

Il s'agit d'un exemple d'entreprise de services communautaires à but non lucratif, initiée bien avant la législation fédérale des CMHC. Fountain House est un club de réinsertion sociale implanté dans un quartier populaire de Manhattan. Il est régi par une association à but non lucratif et emploie 60 personnes à temps complet, dont 20 travailleurs sociaux et 3 psychologues qui ont surtout un rôle d'animateur de groupe. Le Club comprend un foyer central dans un immeuble de quatre étages, une boutique et loue ou possède une soixantaine d'appartements dans le quartier voisinant le Club. Il dispose, de plus, de centaines d'emplois réservés dans de nombreuses entreprises de l'État de New York.

Sept cents (700) ex-patients environ bénéficient à titres divers des services du Club et 80 d'entre eux utilisent le programme d'hébergement. Les ressources de l'Association reposent sur des subventions accordées par l'État de New York, le gouvernement fédéral ainsi que sur des dons privés (40 pour cent du financement).

Sa création remonte à 1940 alors que quelques patients et ex-patients s'étaient regroupés sous l'égide de deux travailleuses sociales pour constituer une sorte de club thérapeutique visant à rompre l'isolement, la solitude, à favoriser l'entraide et la solidarité et à prévenir les hospitalisations. Ce club s'implanta en 1948 dans un local de la 47e Rue dont le jardin disposait d'une fontaine, d'où l'appellation. À

partir de 1950, le programme de réinsertion professionnelle se mettait en place et dix ans plus tard, le programme d'hébergement.

La finalité de Fountain House est donc la réadaptation sociale du malade mental et sa réinsertion professionnelle. Les deux principes de base reposent sur la «Creative Dependancy» (utilisation créative de la dépendance) et le «Community Support System» (travailler dans et avec la communauté). Un troisième principe est celui d'une action autour de la notion de programme de réadaptation sociale. L'originalité de Fountain House réside dans la possibilité pour une personne de demeurer au Centre aussi longtemps qu'elle le désire (à vie même), sans obligation stricte de reprise professionnelle.

Le recrutement du Centre se fait à partir des hôpitaux psychiatriques et la clientèle se compose en majorité de patients psychotiques, sans distinction d'âge ou de sexe. Il existe certains critères d'exclusion concernant les toxicomanies, l'alcoolisme et les déficiences mentales. Le patient est admis après un certain nombre d'examens psychologiques, et devra être suivi à l'extérieur sur le plan médical dans un centre ou auprès d'un praticien de son choix. Le fonctionnement du Club est strictement démédicalisé et ne comporte pas d'intervention psychiatrique ou psychologique intra-institutionnelle.

Après son admission, la personne peut être orientée vers le programme préprofessionnel ou le programme d'hébergement, ou les deux à la fois. Le premier implique l'intégration à une petite équipe encadrée de deux travailleurs sociaux qui le fera participer aux diverses tâches d'entretien et de fonctionnement du Club; une rémunération proportionnelle aux tâches accomplies est alors fixée. À l'échelon suivant, la personne, devenue stagiaire, peut participer à des tâches plus complexes: atelier d'imprimerie, travaux administratifs, etc.

Le programme d'hébergement permet aux patients qui en sont dépourvus de disposer de petits appartements dans le quartier; ces appartements sont partagés par deux occupants de même sexe et l'équipe thérapeutique n'intervient que dans la phase d'installation.

Le programme d'insertion professionnelle enfin permet, dans un premier temps, d'effectuer différents stages professionnels de plusieurs mois dans diverses entreprises, stages rémunérés au taux normal avec encadrement d'un travailleur social. Au terme des différents stages, la phase terminale du programme consiste dans la recherche d'un travail grâce à un bureau de placement dépendant du Club.

Les personnes accueillies à Fountain House participent financièrement à leur vie matérielle, en fonction de leurs ressources et de leurs pensions, s'ils ne travaillent pas encore.Le centre comporte également un organisme de formation pour travailleurs sociaux.

Depuis 1948, 13 000 personnes environ ont utilisé les services de Fountain House (Reverly, 1980).

4. Conclusion aux structures politico-administratives

Le projet d'intégration des administrations de la santé et des services sociaux au niveau fédéral se heurte à des obstacles majeurs. Les deux administrations présentent des organisations intérieures et des personnels hétérogènes. Dans chacune des sections, les programmes sont nombreux et les budgets sont énormes. Seul le programme des CMHC représente une organisation intégrant les soins de santé et les services sociaux. Toutefois, on remarque que les modes de remboursement, tels que Medicaid, contribuent encore à opérer la division santé et social en favorisant plus les services en milieu de soins de santé que les services de réadaptation sociale. Un tel système de remboursement n'encourage pas non plus la référence.

La généralisation du système de financement par «Block Grants» vise à réduire la lourdeur administrative et le poids de la responsabilité financière qui incombe au Fédéral. Devant des moyens réduits de 25 pour cent, les États ne peuvent pas vraiment réaliser une plus grande intégration des services. Cette situation constitue un retour en arrière, les États ne pouvant pas eux-mêmes augmenter leur financement, d'autant plus qu'ils n'auraient jamais eu l'initiative du projet grandiose des CMHC sans l'aide du Fédéral dès le départ.

L'effort d'intégration administrative a poursuivi des objectifs d'ordre économique et administratif avec une approche autoritaire qui connaît peu de négociations entre les diverses instances: administration, personnel, services, clientèle (Ten Hoor, 1982). La réforme ne s'est pas basée sur des analyses médicales ou sociales des besoins de la population à desservir.

À un niveau plus local, au Massachusetts, le plan idéal de liens entre soins de santé et services sociaux ne semble pas non plus se réaliser dans le concret. Il existe peu de référence d'un système à l'autre et encore ici, la différence dans les modes de financement constitue un obstacle; les CHC dépendent de l'hôpital alors que les CMHC relèvent directement de l'État. La vocation des CMHC les amenant à couvrir un ensemble exhaustif de besoins en santé mentale encourage aussi leur autosuffisance. L'absence de référence des soins de santé primaire aux CMHC est aussi attribuable à différents facteurs reliés aux attitudes: le stigmate attaché aux problèmes de santé mentale, les omnipraticiens croient souvent avoir une formation suffisante pour aider les problèmes de santé mentale mineurs, la formation des

omnipraticiens comme celle des spécialistes en santé mentale n'incluent pas l'interaction entre les facteurs psychosociaux et les processus de la maladie.

La grande complexité du système administratif à tous les niveaux et l'échec des efforts d'intégration a amené un retour à l'encouragement des expériences plus locales à travers les programmes de support communautaire (CSP) directement financés par le Fédéral. L'État de New York connaît quelques exemples intéressants d'intégration de services de soins communautaires à l'aide de son système d'agences clé opérant la coordination d'agences publiques et privées à divers paliers administratifs. Ainsi, le CMHC ne semble pas avoir le même rôle dans chacun des États. Alors qu'il est encore présenté comme celui de qui doit émaner toutes les activités de soins et des services en santé mentale au Massachusetts, dans l'État de New York les agences clé considérées pour leur position stratégique et leurs ressources se voient attribuer la coordination d'activités multiples variant selon les régions et comtés.

Dans l'ensemble, devant l'échec des CMHC à assumer toute la tâche qui leur était dévolue et les coupures importantes dans le support financier apporté par le Fédéral, les efforts d'intégration passant par l'administration fédérale demeurent sans succès. On assiste à un morcellement des services pour lesquels une intégration locale ou régionale semble plus efficace. Le système des CSP favorise la création de ces nouveaux types de services qui ne passent pas nécessairement par les CMHC.

Chapitre III
Le MMHC: une expérience locale de soins en santé mentale

Nous nous attarderons ici à la description d'un exemple du prototype d'organismes-distributeurs de soins et de services en santé mentale, le CMHC. Nous avons choisi le Massachusetts Mental Health Center situé à Boston et rattaché à la faculté de médecine de l'Université Harvard. Ce centre est d'abord connu pour ses activités de recherche. De notre point de vue, il présente de l'intérêt pour la qualité de la réflexion de ses administrateurs-chercheurs sur l'expérience du CMHC et pour son approche créative face au problème des patients chroniques.

Le texte qui suit a été alimenté à la fois par des publications, des documents inédits et par de l'information recueillie auprès d'administrateurs et de professionnels du Centre, lors d'une visite effectuée en février 1985.

Nous ne pouvons prétendre tracer ici un portrait complet du fonctionnement du Centre mais simplement en faire ressortir les traits dominants à travers l'information recueillie.

Structure administrative

Le Massachusetts Mental Health Center (MMHC) fonctionne sans aucun recours à l'hôpital, ce qui le situe en marge de la plupart des CMHC qui utilisent encore l'unité psychiatrie de l'hôpital général pour les hospitalisations. Il couvre les quartiers de Brighton, Allston, Fenway, Brookline, Mission Hill et Jamaïca Plain.

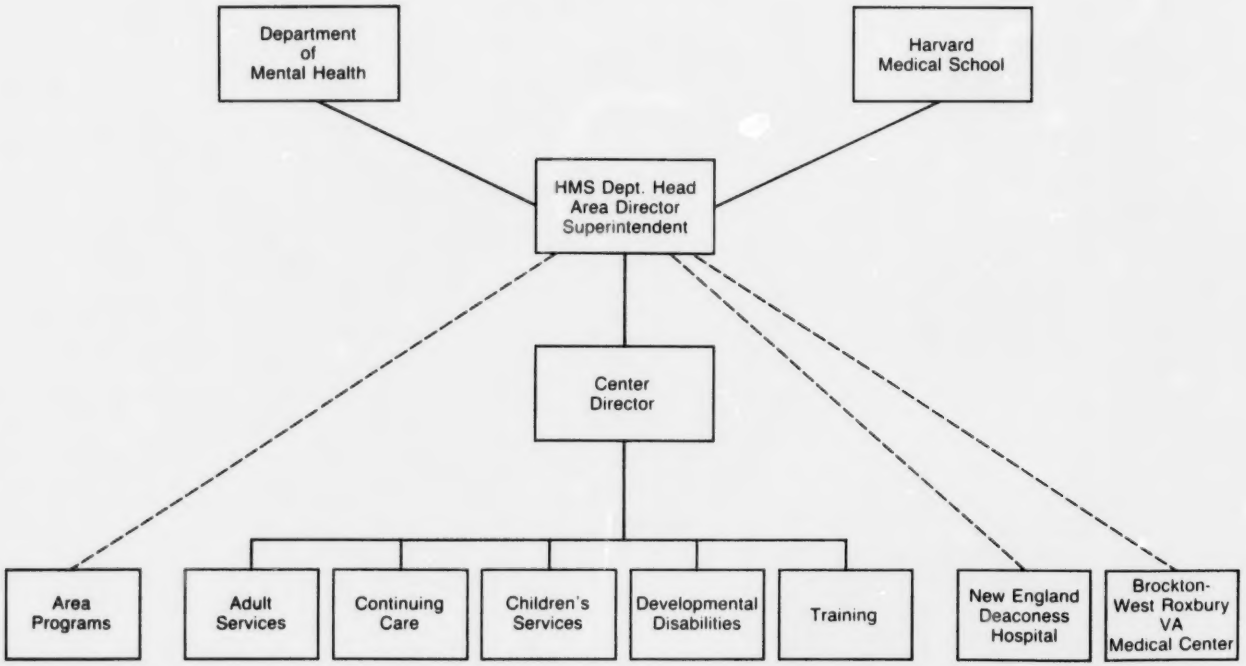
Cette zone en est une de faible niveau socio-économique où se retrouve une large population d'immigrants (en grande partie vietnamiens) qui ne font pas appel facilement aux services. Le Centre a développé des services visant à rencontrer la population dans son milieu (Outreach) afin de pallier ce phénomène. De plus, les services d'éducation continue du Centre sont à promouvoir des séries de symposiums sur le processus de «livraison» des services en santé mentale aux minorités. Cette activité vise une grande variété de professionnels et d'administrateurs à la grandeur du pays (Fishman, 1985), dans le but de les sensibiliser à la définition qu'ont les autres cultures de la santé mentale.

La direction du Centre est assurée principalement par deux personnes: un directeur de zone et surintendant, et un directeur du Centre. Le premier supervise et dirige les programmes d'hébergement et de soins extérieurs au Centre. Sous son autorité, se trouve le directeur du Centre qui assume la responsabilité des activités de soins et d'enseignement qui ont lieu au Centre. L'organigramme ci-dessous montre une centralisation importante de la direction des soins et services.

L'examen du fonctionnement de la distribution des soins à un niveau aussi local révèle des préoccupations différentes de celles qui sont mises de l'avant par les structures et les planifications gouvernementales. Nous avons retrouvé au MMHC un souci d'assurer la continuité des soins basé sur les principes de l'importance du suivi de la relation thérapeutique. L'accent, d'abord mis sur le projet clinique, fait que le Centre fonctionne de façon plutôt centralisatrice et autosuffisante. Ceci entre en contradiction avec les plans d'intégration des CHC et CMHC.

Massachusetts Mental Health Center

Organization Chart



Histoire du Centre

Le MMHC a un passé d'hôpital psychiatrique. En 1950, le Centre se nommait Boston Psychopathic Hospital. Il a été un pionnier comme hôpital de jour aux États-Unis par sa philosophie de porte ouverte et de «milieu-traitement». En 1959, il devient le MMHC et en 1967, une première définition de zone s'effectue. En 1981, 70 pour cent des admissions à l'interne étaient des réadmissions. En novembre 1981, le Centre opère une réorganisation des soins internes en soins de jour uniquement. Depuis 1982, il n'a plus le support d'une unité psychiatrique hospitalière (Gudeman et al., 1983). Il a instauré une ressource d'hébergement de transition (Fenwook Inn) attenante au Centre. L'expérience du MMHC repose sur l'idée que le succès du programme de soins de jour est plus relié au fait d'avoir une place pour dormir et du support social qu'à la sévérité du diagnostic (Gudeman et Shore, 1984). Depuis 1967, le Centre travaille à offrir un système de soins totaux.

Fonctionnement et continuité dans le MMHC

Cheminement de l'individu dans le Centre

Au MMHC, la distribution des services est centralisée. Les mêmes instances décident des services à offrir à chaque individu. La continuité dans les soins et la supervision étroite des bénéficiaires en milieu d'hébergement empêchent la duplication des services pour une même personne.

L'intégration entre soins de santé et soins de santé mentale est cependant moins claire. Il y a effectivement, dans la zone, des points de services, que sont les centres de santé de quartier CHC qui dispensent des soins de santé de première ligne et, à l'occasion, certains soins spécialisés qui varient d'un point de services à l'autre. La relation entre le MMHC et ces centres n'a pas été éclaircie.

Il est possible qu'il existe des ententes comme celles définies dans la section portant sur l'État du Massachusetts. Cependant, elles sont très peu réalisées car le MMHC dispense des soins de santé pour ses patients et fonctionne de façon pratiquement autonome, largement sans référence de l'extérieur, ni vers l'extérieur de son réseau de services. Il faut souligner toutefois que le Centre est clairement identifié comme distributeur de soins en santé mentale. De ce fait, seules les personnes ayant des besoins en ce sens se présentent au Centre.

Toute personne peut venir d'elle-même au MMHC. L'admission au Centre fonctionne sur le modèle d'une clinique non dirigée (Walk-in). Il est à souligner que le Centre représente la plupart du temps un recours ultime pour les personnes qui n'ont pas les moyens de se payer une consultation privée. Toute évaluation à l'admission est effectuée par l'équipe déléguée du Centre de jour désignée cette journée-là pour le «Walk-in». Au cours d'une année, une même équipe sera en présence le même jour de la semaine. Elle est constituée de deux résidents psychiatres, d'internes en psychologie, de travailleurs sociaux professionnels, de travailleurs sociaux en stage, de stagiaires de médecine et de nursing et d'un interprète hispano-américain. Chaque nouvelle personne qui consulte est vue automatiquement par un résident de première année de psychiatrie et un travailleur social. La première évaluation inclut donc une évaluation du milieu familial et du support communautaire. Elle est révisée par le chef résident et d'autres membres du personnel senior. Si une hospitalisation s'avère nécessaire pour la période d'évaluation, elle se fait en hôpital de jour. Par la suite, l'orientation peut être le congé, le maintien en hôpital de jour ou l'admission en unité de soins intensifs. Ainsi, la sélection (screening) pour les soins intensifs s'effectue toujours d'abord à travers l'hôpital de jour. Que le traitement soit poursuivi en soins intensifs ou en hôpital de jour, c'est le résident en psychiatrie ayant évalué la personne à son admission qui demeure responsable du traitement. Les soirs et fins de semaine, l'évaluation initiale se fait par un résident de première année ou un psychiatre, tous deux sur appel, soit en soins intensifs ou à la «résidence» de transition Fenwood Inn. Dès le jour suivant, l'évaluation et l'assignation des responsables de cas se déroulent en hôpital de jour.

L'évaluation complète en soins intensifs comprend l'aspect physique et l'aspect psychologique. Un travailleur social est attribué à chaque personne en soins intensifs ou en hôpital de jour.

L'unité de soins intensifs peut accueillir environ 30 personnes pour une durée moyenne de séjour d'une semaine. La direction en est assurée par une infirmière psychiatrique aidée d'infirmières et d'assistants en santé mentale. Ceci représente donc essentiellement des soins de nursing.

Il y a deux hôpitaux de jour qui peuvent recevoir chacun 115 personnes. Chacun de ces hôpitaux compte une équipe complète: un psychiatre senior, comme directeur, un chef résident et cinq résidents de première année, des infirmières, des assistants en santé mentale, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et un psychologue.

L'interaction entre les personnels de l'unité de soins intensifs (USI) et des deux hôpitaux de jour se fait à partir des rondes quotidiennes dans l'USI qui permettent aux deux équipes des hôpitaux de jour de connaître les patients. Ces rondes sont dirigées par un chef résident. Un groupe de planification de traitement composé de membres de chacune des équipes se rencontre trois fois par semaine pour préparer les transitions de l'USI à l'hôpital de jour et suivre les individus tout au cours de leur traitement.

La transition des patients de l'USI à l'hôpital de jour s'effectue après un séjour maximum de dix jours et de façon progressive (1/2 journée, puis une journée, puis 2 jours et ainsi de suite). Une personne de l'équipe nursing de l'USI demeure comme contact à l'hôpital de jour durant cette période de transition. De plus, des membres de l'équipe de l'hôpital de jour vont de l'hôpital à l'USI. À travers tout ce processus et même en traitement externe, la personne conserve toujours le même thérapeute individuel.

La direction du Centre invoque la tradition psychanalytique à laquelle il se rattache à travers son lien avec l'Université Harvard pour justifier l'importance qu'on accorde à la continuité des soins. Cette continuité auprès de l'individu est principalement celle de la relation avec le thérapeute-psychiatre. On remarque de plus, dans l'étude du processus de continuité à l'intérieur du MMHC, que toute responsabilité de programme ou d'équipe est assumée par la psychiatrie. Le traitement et l'intervention clinique auprès des individus sont surtout, eux, pris en charge par les résidents et stagiaires. Outre les postes de direction, les psychiatres senior répondent aux tâches d'enseignement à travers la supervision.

Toutefois, il existe un autre discours, parallèle à celui de l'importance du suivi thérapeutique, qui met largement l'accent sur l'efficacité du cadre environnemental et du support social. L'importance accordée aux ressources d'hébergement, principalement celle du Fenwood Inn qui sera décrite plus loin, est conséquente à l'idée que la possibilité d'avoir un lieu pour dormir et d'avoir du support social est en relation plus grande avec l'efficacité du traitement qu'avec la gravité du diagnostic.

Les services de soins continus

Sont intégrés sous cette appellation autant les services de traitement de jour proprement dits que les «résidences» communautaires.

Il existe au Centre un département des soins continus, instauré en 1969 à la suite de la perte d'accès à l'hôpital psychiatrique et de

la croissance du nombre de patients chroniques. Après une étude d'un «task force» des besoins de la communauté, ce département est devenu une priorité de l'institution. La direction et la bonne marche du programme est assumée par trois personnes travaillant en étroite collaboration: une travailleuse sociale, directrice des soins continus, la directrice associée de la zone et le directeur du Centre. Le MMHC a été le premier centre à offrir des services communautaires sans aide du département de santé mentale de l'État.

Le système d'hébergement communautaire apparaît en quelque sorte comme une extension du Centre. Il opère selon le principe fondamental que les patients chroniques requièrent un système permettant un mouvement facile entre la communauté et l'hôpital. Nous présentons ici les diverses ressources offertes par le département des soins continus.

Le Fenwood Inn

Il s'agit d'un dortoir qui sert d'hébergement de transition entre les soins intensifs du Centre et une «résidence» dans la communauté. Bien qu'il soit localisé dans le Centre même, ce dortoir est considéré comme indépendant. Le personnel qui y travaille est exclusivement attaché au dortoir. Cette ressource est propre au MMHC et est considérée comme une réponse novatrice efficace et économique aux besoins de plusieurs malades chroniques. Elle est orientée vers la normalisation du milieu de vie des bénéficiaires.

Il s'agit d'une unité non médicale fondée sur un modèle de «résidence» extérieure au MMHC. Après le traitement de jour, les bénéficiaires y ont accès à partir de 16 h 00, et uniquement par la porte donnant sur l'extérieur, ceci afin de se démarquer du milieu hospitalier que représente le traitement en hôpital de jour. La «résidence» n'utilise pas les dossiers médicaux des individus. Elle recueille, sur une carte d'information, l'essentiel des données pertinentes à ses besoins lors des admissions.

Le personnel n'est constitué d'aucun professionnel, sauf son directeur qui est travailleur social. Un médecin visite une fois par soir pour répondre aux besoins de soins physiques. Les travailleurs sont pour la plupart des étudiants du premier cycle universitaire, en sciences humaines, qui désirent faire un arrêt avant d'entreprendre leurs études de 2e et 3e cycles. Le roulement du personnel sur un an ou deux est encouragé par le directeur, compte tenu des exigences personnelles du rôle d'aide en santé mentale. Au nombre de 13, ils assurent une présence simultanée de trois ou quatre travailleurs auprès

d'un nombre optimal de 35 bénéficiaires. Ce nombre est actuellement dépassé et le «Inn» est surchargé à 44 personnes.

Le mode d'approche se veut explicitement non médical, non professionnel bien que thérapeutique par son effort de «normalisation». On cherche à promouvoir chez la personne un autre rôle que celui de patient passif et à renforcer sa personnalité. Ainsi, le milieu a des attentes envers le bénéficiaire en ce qui a trait à son niveau de responsabilité vis-à-vis des règlements et du respect des autres.

Idéalement, le séjour se situe autour de trois semaines bien qu'il se négocie individuellement. Pour environ le quart des bénéficiaires, il est difficile de trouver de l'hébergement ailleurs à cause du niveau d'incapacité qui accompagne leur pathologie. Ainsi, la durée du séjour est plus variable que prévu et le nombre des bénéficiaires représente le plus grand problème auquel fait face le «Inn».

Le fonctionnement de la «résidence» est tel qu'il existe une grande liberté d'entrer et de sortir pour tout bénéficiaire, à moins d'y être envoyé sur ordre de la Cour. Seul le couvre-feu, à 22 h 00, doit être respecté. Les patients bénéficient de beaucoup de temps libre. Un système d'ordinateurs est à leur disposition pour des jeux, des programmes d'apprentissage scolaire ou encore des programmes d'autoexploration. Les travailleurs de la «résidence» ont observé que cette activité peut calmer certains bénéficiaires agités, par le biais de la concentration qu'elle exige. Elle permet aussi une relation non menaçante entre deux bénéficiaires qui interagissent par le biais du jeu sur l'ordinateur.

Une activité quotidienne de marche dans le quartier a pour but de familiariser les patients avec les services. Une activité hebdomadaire libre de réunion de groupe vise à discuter de sujets pratiques touchant la recherche d'appartement ou d'emploi.

Selon le directeur du «Inn», cette expérience d'hébergement donne naissance à une nouvelle culture dans le domaine des soins en santé mentale. Le directeur lui-même possède des antécédents de formation et d'activités professionnelles très diversifiées. Il jouit d'une liberté totale pour l'embauche des travailleurs. Cette indépendance par rapport à l'administration hospitalière allège de beaucoup les procédures bureaucratiques.

Il existe cependant une relation entre la «résidence» et l'hôpital de jour en ce qui concerne le suivi des patients. Chaque matin, une personne déléguée de chacun des deux hôpitaux de jour vient prendre le «résumé de la nuit» auprès du personnel du «Inn». À 15 h 15, 2 travailleurs délégués du «Inn» font de même auprès des profession-

nels des hôpitaux de jour. Quatre jours par semaine ont lieu les «noon meetings» à 12 h 00, qui réunissent les directeurs de programme qui discutent des nouveaux arrivés. Le «Inn» a aussi un système de rapports d'incidents pour informer le médecin traitant (psychiatre), s'il y a lieu. Enfin, il publie, à l'intérieur du Centre, un journal qui fait une large place aux patients et à tous ceux qui veulent y participer.

Le Fenwood Inn investit aussi dans des relations avec l'extérieur, par exemple par une activité nommée «Art Reach» pour laquelle des musiciens surtout, souvent étudiants, sont invités à donner des concerts pour les bénéficiaires du Centre. Ceci est fait dans le triple but de mieux faire connaître la population psychiatrique, de permettre à des étudiants d'acquérir l'expérience de jouer devant un auditoire et d'offrir des spectacles de qualité aux patients qui les apprécient grandement.

Le Quarterway House

Cette unité, logée au 3e étage du MMHC, est un lieu d'hébergement permanent pour les plus démunis, patients chroniques en soins de longue durée qui proviennent de l'ancien hôpital d'État. Ils sont environ une vingtaine.

Les Nursing Homes

Ce sont des ressources privées, indépendantes administrativement du MMHC, où des patients du MMHC peuvent être acheminés.

Des foyers de groupe

Au nombre de quatre au moment de notre visite, ces foyers de groupe accommodaient plus de 54 patients.

Famille d'accueil

Une femme seule offrait l'unique ressource de famille d'accueil pour quatre bénéficiaires.

Les appartements de transition

Deux complexes de logements accommodent environ huit bénéficiaires.

Les appartements de vie indépendante

Au nombre de 38, ils comptent actuellement plus de 37 patients.

L'ensemble des ressources d'hébergement est dirigé par le MMHC.

La continuité des soins signifie que le MMHC offre une supervision de la vie en hébergement en même temps que le traitement en hôpital de jour pour plus d'une centaine d'entre eux. La supervision prend différentes formes selon le caractère du travail effectué par chaque travailleur auprès des patients. Dans les foyers de groupe, on peut avoir une présence de personnel 24 heures par jour jusqu'à une présence de soir seulement. Dans les appartements de transition, un travailleur est présent soit le soir, soit une partie de la journée ou encore une partie de la fin de semaine. Dans les appartements de vie indépendante, la présence d'un travailleur se résume à une visite par semaine ou par mois. Une forme de supervision comprend le soutien professionnel aux ressources. À chaque maison est offert un service de supervisions hebdomadaires et de rencontres hebdomadaires de planification. De plus, le personnel en charge du foyer peut, sur appel, avoir recours 24 heures sur 24 à un psychiatre. Un contact étroit est maintenu par téléphone.

Fait important à noter, au début, les «résidences» communautaires étaient planifiées comme maisons de transition. Aujourd'hui, à la suite d'expériences avec les malades chroniques, on considère ces ressources dans une optique de permanence. Selon les personnes consultées, il est clair que la permanence de la maladie mentale chronique existe au même titre que celle de la maladie physique chronique. Elles soulignent cependant qu'il s'agit d'un fait difficile à accepter pour la population et ses dirigeants.

Le traitement de jour

Sous la même direction que les «résidences», le traitement de jour fait partie de la continuité des soins. Il suppose à la fois les activités des deux hôpitaux de jour données par le Centre pour les patients et le programme d'activités offert aux services de support.

Ainsi, l'organisation du système des soins continus centralise assez fortement l'ensemble des ressources pour les bénéficiaires. Ceci apparaît également dans le fait qu'une personne à l'intérieur du MMHC, la directrice associée de zone, est responsable du recrutement des ressources d'hébergement.

Mode de recrutement d'établissements et de financement des ressources d'hébergement

Les «résidences» peuvent être offertes par des propriétaires qui établissent un contrat avec le MMHC. Les foyers ou les services en famille d'accueil sont alors payés, au moins en partie, à l'aide du revenu SSI (Supplemental Security Income) de chacun des bénéficiaires.

Le MMHC opère un recrutement continuel de ces lieux d'hébergement. En dehors des offres qui lui sont faites, il est possible d'acheter des maisons à l'aide de montants alloués par l'État à travers le programme du département HUD (Housing and Urban Development) qui inclut, depuis trois ans, les handicapés mentaux. Toutefois, le MMHC rencontre de nombreuses difficultés dans ce processus de recrutement. Tout d'abord, la bureaucratie de ce système est très lourde autant au plan local, où le choix des propriétés doit être approuvé par la ville, qu'au plan gouvernemental où le système de demande de fonds est très complexe. Comme un des buts du programme est de favoriser le «rehaussement» de certains quartiers, l'achat et la rénovation de vieilles maisons représentent des coûts élevés. L'ambivalence envers la population psychiatrique apparaît autant au niveau de l'administration locale, qui pose beaucoup de restrictions à l'approbation du choix des propriétés, qu'au niveau des voisinages qui réagissent souvent négativement. À ce propos, l'expérience de la direction des soins continus du MMHC révèle que l'éducation publique fonctionne peu, qu'il vaut mieux s'introduire dans le milieu sans prévenir. Il est possible, selon les personnes rencontrées, de répondre par la suite aux inquiétudes des voisins. L'enquête sur les réactions du voisinage par les voies officielles requiert un long processus d'approbation au cours duquel le conseil de la zone, formé de professionnels et de citoyens, entend les citoyens ainsi que les représentants du Centre. Des représentants du Department of Mental Health de l'État sont présents dans le but de répondre aux objections.

Un tel choix n'est pas toujours possible. Un effort est fait cependant pour que les quartiers choisis correspondent aux milieux socio-économiques d'origine des bénéficiaires. On observe que les quartiers ouvriers demeurent les plus réceptifs.

Dans sa recherche de ressources communautaires, le Centre a accès au système d'agences privées que l'on nomme les «Vendors». Ces corporations sont autorisées à fournir, sous contrat privé, des ressources humaines. Ainsi, le Centre engage parfois des individus de ces corporations pour assurer toute la tâche de la formulation des demandes de fonds et des négociations avec les divers paliers gouvernementaux pour les «résidences» communautaires. Moins alourdies par la bureaucratie et la syndicalisation que les agences gouvernementales, ces corporations ont une réputation de plus grande efficacité.

Ainsi donc, le mode de recrutement des établissements d'hébergement communautaires demeure passablement centralisé et l'arrivée de patients psychiatriques dans un quartier reste le plus souvent un fait imposé de l'extérieur par l'organisation du MMHC.

Ce que révèle l'expérience du MMHC

Ce qui ressort tout d'abord de l'observation du fonctionnement du MMHC, c'est la grande centralisation de ses services et son autosuffisance par rapport à la volonté du gouvernement de l'État et du Fédéral à encourager les liens entre les CHC et les CMHC, et les liens avec les ressources psychiatriques des hôpitaux généraux. Alors qu'au niveau gouvernemental les questions de rationalisation des coûts par l'intégration des administrations de santé et de services sociaux demeurent les objectifs de fond toujours en échec, au MMHC, l'objectif de fond est lié à un projet clinique, soit la continuité des soins.

Le MMHC étant reconnu comme ressource de bout de ligne, il reçoit en grande partie des patients chroniques. Il tente de faire la preuve qu'il est possible de répondre aux besoins de cette population sans recours à des ressources extérieures d'hospitalisation de longue durée. Toutefois, il ne parvient pas à répondre à toutes les demandes et se trouve régulièrement menacé de surpopulation dans ses services d'hébergement. Il reste que son haut niveau de centralisation des ressources lui permet d'assurer le suivi thérapeutique des patients jusqu'en hébergement communautaire. Ce fort accent sur la continuité des soins favorise une sortie plus rapide des soins intensifs.

La forte centralisation que le MMHC exerce sur les ressources a néanmoins l'inconvénient de limiter la participation des citoyens. Il n'est pas fait mention, en effet, de la place qu'occupent les associations bénévoles dans le cadre du MMHC. Les citoyens peuvent faire l'objet de consultation au moment de la mise en place d'une «résidence», mais comme on l'a vu, cette consultation ne se réalise pas à tout coup. Il reste qu'il est toujours possible à n'importe quel citoyen de poser sa candidature pour offrir une ressource d'hébergement ou un foyer d'accueil. En ce qui concerne la résistance de la population en général à recourir aux services des CMHC, nous avons pu constater que les lieux physiques mêmes du Centre peuvent constituer un obstacle. Le MMHC est un ancien hôpital psychiatrique, très peu rénové depuis sa création, et d'apparence lugubre dès l'entrée. L'aspect sombre et vétuste risque de repousser l'individu moyen habitué à la blancheur et l'asepsie des cliniques modernes.

Le fonctionnement autosuffisant et centralisateur du MMHC présente aussi de grands avantages. Outre la possibilité de sortir vite l'individu du milieu institutionnel en lui offrant un suivi thérapeutique, il fait preuve d'un fonctionnement d'équipe multidisciplinaire très unifié. Cette caractéristique du Centre semble lui assurer un bon niveau d'efficacité auprès de sa clientèle. Les réseaux de communication sont étroits entre psychiatres, travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, ergothérapeutes et aides en santé mentale. Ceci assure la cohérence du système et la sécurité des patients qui font l'objet de plans de soins suivis. Il est important de souligner que le MMHC est favorisé par rapport à d'autres centres en ce qu'il bénéficie, à la fois, de professionnels de haute qualité à cause de son rattachement à l'université et d'une abondance de personnel dû au grand nombre des stagiaires intéressés par la qualité de supervision.

La forte couleur psychiatrique de ce centre diffère de l'image habituelle des MMHC où prévaut surtout une image psychosociale. La tradition de ce centre, anciennement connu comme hôpital psychiatrique, son rattachement à l'école de médecine de Harvard et l'abondante recherche à caractère psychopharmacologique qui se fait au Centre expliquent en partie que la direction des programmes et du Centre soit assurée par les psychiatres. Il reste qu'il existe une ouverture sur le social. Tout d'abord, on la retrouve à l'intérieur du projet thérapeutique. Bien que la direction souligne les bases psychanalytiques de la formation de l'ensemble de ses thérapeutes et des plans de traitement, elle met l'accent sur le fait que le support social et la «normalisation» du lieu d'hébergement ont plus d'influence sur le pronostic de réadaptation que la gravité du diagnostic. C'est ainsi qu'au cours de notre visite au MMHC, les personnes rencontrées insistaient beaucoup plus sur les efforts mis dans le sens de la réadaptation sociale que sur le contenu des programmes de thérapie en hôpital de jour, par exemple. L'expérience du Fenwood Inn révèle aussi une forme d'ouverture particulière du milieu psychiatrique sur le social en démédicalisant, en grande partie, l'approche des individus en hébergement de transition.

L'équipe du MMHC dit apporter une réponse économique aux coûts des soins en santé mentale. Les courts séjours en soins intensifs et l'absence de personnel médical au Fenwood Inn réduisent sensiblement le coût des services.

En somme, le MMHC s'adresse à une population de malades mentaux chroniques qu'il reconnaît comme une population qui aura toujours besoin d'une forme de suivi, même léger (en appartement indépendant, par exemple), qui aura toujours besoin d'avoir des ressour-

ces auxquelles recourir. Le Centre répond aux besoins de sa population selon un fonctionnement très centralisé et autosuffisant qui constitue, d'une part, un danger d'emprise sur le patient mais qui, d'autre part, assure une grande cohérence de l'activité interdisciplinaire et offre à l'individu une grande continuité dans son approche thérapeutique.

Le projet thérapeutique met de l'avant des principes de réadaptation sociale qui semblent prendre le pas sur le contenu psychologique du traitement.

Ainsi, pour le MMHC, la désinstitutionnalisation correspond certainement à un séjour minimum en milieu hospitalier tout en supposant diverses formes de suivis des individus en hébergement communautaire.

Cette expérience du MMHC a permis de constater qu'il est possible d'offrir un traitement et des ressources de type communautaire pour la grande majorité des patients chroniques autrefois hospitalisés pour de longue durée. Il apparaît toutefois que ce modèle intéressant n'élimine pas totalement la nécessité d'une ressource institutionnelle pour certaines catégories de patients chroniques graves. Pour environ 15 pour cent de la population de malades mentaux d'une zone donnée, l'expérience s'avère inadéquate. Ce sont les personnes qui, par exemple, utiliseront le Fenwood Inn sans passer à une autre ressource d'hébergement. Ces personnes, que Gudeman et Shore (1984) classent selon cinq types de pathologie, ne peuvent profiter des ressources transitoires offertes. Une forme de milieu institutionnel s'avère nécessaire pour elles. Les cinq types de patient nécessitant de telles ressources sont les suivants:

1) les patients âgés souffrant d'une combinaison de démence, psychose et maladie physique qui les rend dangereux pour eux-mêmes ou les autres;
2) les personnes déficientes atteintes d'une maladie mentale et présentant un comportement agressif;
3) les patients qui manifestent une perte importante de contrôle de leurs impulsions à cause de dommages cérébraux;
4) les patients souffrant de schizophrénie qui, de façon irrémédiable, se montrent agressifs, suicidaires ou s'opposent violemment malgré toutes les tentatives de traitement sur plusieurs années;
5) les patients schizophrènes chroniques non dangereux pour eux-mêmes ou les autres mais qui manifestent un comportement qui les rend vulnérables à l'exploitation.

Conclusion

Le système de soins en santé mentale aux États-Unis montre une grande diversité que nous n'avons pu dépeindre ici. Tout d'abord, nous avons voulu décrire le système public alors que se développe un immense réseau privé. Nous désirions surtout connaître le mode d'approche du gouvernement face aux questions de soins en santé mentale. Ensuite, à l'intérieur même du système public, il existe aussi une grande diversité. Le projet des CMHC ne s'étant pas implanté dans plus de la moitié des États-Unis, des régions, voire parfois des États, entreprennent des actions originales créatives comme c'est le cas au Wisconsin, par exemple. Étant donné cette grande diversité de même que le temps limité et les données mises à notre disposition, il ne nous a pas semblé réaliste d'entreprendre une synthèse sur l'ensemble des États-Unis. C'est pourquoi on ne retrouve ici qu'un portrait des tendances générales ainsi que quelques modèles, intéressants par leur succès local (MMHC) ou leur créativité, en marge du système conventionnel (New York).

Le contexte sociohistorique de la réforme des services en santé mentale aux États-Unis montre que les enjeux majeurs au niveau fédéral ont été d'abord la prise de conscience de la responsabilité nationale face à des problèmes touchant l'ensemble du pays. Sous la direction du groupe puissant de la psychiatrie représenté au niveau gouvernemental à travers le NIMH, les services en santé mentale se sont orientés de la détention au traitement. Dès le départ, le groupe de psychiatres considérés comme avant-gardiste s'orientait vers des soins de type communautaire. Les considérations essentiellement économiques du gouvernement lui faisaient viser l'abolition du recours à l'institutionnalisation. Un autre enjeu important dans l'évolution des services en santé mentale aux États-Unis a toujours été le problème de la répartition des responsabilités financières entre l'État et le Fédéral. Les États, habitués d'abord à leur autonomie de fonctionnement, ont recherché et bien accueilli l'aide financière du Fédéral mais ont réagi contre la lourdeur de l'organisation des CMHC dont ils devaient assumer éventuellement tout le poids financier.

La création, en 1963, des CMHC est devenue un échec aux niveaux gouvernementaux pour des raisons financières, législatives et administratives. Le phénomène n'a pas pris l'ampleur supposée à cause des coûts impliqués et des périodes de difficutés économiques qui ont suivi l'époque de prospérité durant laquelle la Loi du CMHC en a été promulguée. L'avortement du projet d'assurance-santé universelle et le fait que les gens munis d'assurances privées recourent au système public et non aux services privés selon leur habi-

tude ont bloqué un certain autofinancement prévu. Le mandat des CMHC était beaucoup trop vaste. Les énergies et les ressources se sont trouvées dispersées dans les tâches trop nombreuses. Parce qu'il y a eu un manque dans le transfert prévu des fonds d'hôpitaux aux CMHC et des nombreuses coupures de budgets, les CMHC n'ont pas pu accomplir leur tâche de pourvoir à la création et à l'organisation des ressources communautaires.

Les hôpitaux psychiatriques n'ont pas été fermés en grand nombre, mais on a enlevé la majorité des lits.

Les ressources d'hospitalisation en unité psychiatrique d'hôpital général demeurent également limitées.

La population continue, en majorié, à recourir aux services privés et son attitude négative face à l'arrivée des patients psychiatriques dans la communauté contribue à maintenir ceux-ci dans la chronicité.

Les préoccupations actuelles au sujet des soins en santé mentale aux États-Unis touchent essentiellement la population des patients chroniques qui ne reçoivent pas les soins prévus dans les CMHC.

La désinstitutionnalisation, qui s'actualise depuis 20 ans, a été motivée par une nécessité fiscale et le projet de changement social grandiose (les CMHC devaient assumer toute la gamme des soins, de la prévention à la réadaptation sociale) n'a pas impliqué d'autres acteurs que le gouvernement et les professionnels. En plus de ne pas réussir à jouer son rôle face aux services à donner, le CMHC n'a pas réellement assumé le rôle centralisateur prévu. La plupart des services en santé mentale, que ce soit du secteur privé ou public, fonctionnent de façon indépendante.

Dans les années 70, le gouvernement fédéral a provoqué la création de commissions de planification afin de voir à l'intégration des services, surtout entre les secteurs santé et social. Ce désir d'intégration est né, encore une fois, d'un souci d'économie, en évitant la duplication des services et en court-circuitant les administrations complexes.

Au niveau local, cependant, il existe des expériences positives. Devant l'insatisfaction de leurs attentes, certaines régions ou organismes sont revenus à leur mode initial de fonctionnement, soit le développement de ressources locales. Le MMHC est un exemple d'une certaine réussite à l'intérieur d'un cadre administratif officiel de CMHC. Il s'autosuffit sans recours à d'autres milieux hospitaliers et réussit à éviter l'institutionnalisation pour la grande majorité des patients chroniques qui le consultent. Son fonctionnement est basé

principalement sur un projet de réadaptation sociale et une grande centralisation de ses services. Il reste que ce modèle aussi intéressant soit-il ne convient pas à tous les patients. Les dirigeants du MMHC prônent, au-delà de leur programme, le maintien de ressources institutionnelles pour cinq groupes de personnes nécessitant des soins 24 heures sur 24.

Dans l'État de New York, une pléiade d'expériences locales se déroulent dans des cadres moins conventionnels. Elles peuvent être initiées par différentes instances, que ce soit l'hôpital, le comté ou encore un projet local de CSP à travers des structures existantes. L'expérience de l'État de New York est aussi un exemple intéressant d'effort d'intégration de services sur une base régionale.

Il est intéressant de noter que des programmes, tels que ceux de Harlem Valley et le MMHC par exemple, se sont développés à partir d'hôpitaux psychiatriques antérieurement asilaires.

Des expériences originales de soins communautaires en marge des CMHC ont été rendus possibles par la création du Community Support Program par le NIMH. Ce système, finançant les services qui répondent à dix critères fondamentaux de soins communautaires, se développe depuis 1978 tout à fait indépendamment des CMHC. Il reste encore bien limité lui aussi pour des raisons d'insuffisance budgétaire. Il s'agit cependant, entre autres, d'une réponse du Fédéral à la difficulté de coordonner les services de santé et les services sociaux par le biais des CMHC. C'est une réponse surtout aux lacunes graves dans les soins et services aux personnes atteintes de troubles psychiatriques chroniques. Le CSP se développe indépendamment de toute sectorisation et prend naissance à travers des modalités très variables d'organisation entre structures de soins déjà existantes. Il s'agit d'un système indépendant de celui des CMHC. C'est ainsi qu'à l'intérieur même des soins publics, il existe une grande diversité de systèmes. Mentionnons aussi quà travers le HMO (Health Maintenance Organization) se distribuent parfois aussi des services en santé mentale. Cette organisation de soins de santé, à cheval entre le public et le privé et affiliée à des systèmes d'assurance, opère par entente avec des organismes-distributeurs de soins. Il peut donc arriver que des services publics se trouvent en relation avec cette organisation. Ceci ne fait qu'ajouter à l'image très complexe des soins de santé et de santé mentale aux États-Unis.

On s'entend pour dire que les CMHC constituent un échec plus à cause des motivations de base qui ont présidé à leur création qu'à cause du modèle de soins qu'ils représentent. C'est pour atteindre

l'objectif premier, irréaliste, d'économiser sur les soins en santé mentale par la réduction à court terme des hôpitaux psychiatriques que le gouvernement fédéral approuva la création des CMHC.

Le modèle des CMHC en soi, outre la trop grande ampleur du mandat, présente cependant de nombreux avantages: regroupement des services, travail interdisciplinaire et, par dessus tout, implantation dans le milieu de vie de la population.

Il semble aussi que des changements très récents s'opèrent dans l'orientation de certains CMHC (Jerrell et Larsen, 1986). Les politiques de transfert d'administration des fonds du Fédéral aux États forcent actuellement les États à réviser leurs priorités en santé mentale et les populations souffrant de maladies mentales chroniques se voient de plus en plus choisies comme cibles prioritaires des soins distribués par le CMHC. Cependant, ceci ne se traduit pas encore en une augmentation sensible du nombre de ressources. L'identification de groupes prioritaires a, d'autre part, la conséquence négative de morceler encore plus les services. Ceci va à l'encontre de l'image première des CMHC qui se voulaient des centres offrant une gamme complète de services. Il reste que les services aux populations souffrant de troubles psychiatriques chroniques se doivent d'être considérés comme un priorité dans le contexte américain où le phénomène des populations errantes (Homeless) est particulièrement important. On sait qu'une grande partie de ces populations est souvent composée d'anciens patients d'hôpital psychiatrique.

Enfin, nous nous devons d'insister ici sur le fait que ce texte n'a touché que le système public de soins dans ses tendances générales. Le système privé de soins en santé mentale aux États-Unis est important et il se développe de plus en plus depuis l'arrivée de l'administration Reagan. Le système de soins américain se caractérise donc surtout par sa diversité et par un rôle de plus en plus réduit de l'État. La philosophie de l'administration actuelle vise à donner la place aux jeux de force présents dans l'économie du marché.

Deuxième partie: Synthèses et essai d'analyse comparative

I – Synthèse de l'expérience de la France (Ellen Corin)

La France

1. Éléments de contexte

1.1 Plan sociohistorique

— Antécédents: préfiguration et préparation de la réforme des services psychiatriques à travers une série d'expériences originales:
  - aux environs de 1830 déjà, plusieurs expériences d'ouverture de l'asile et de placement de patients hors de l'institution psychiatrique; parmi celles-ci, les «colonies familiales», qui reposent notamment sur l'idée de la valeur curative du travail en plein air, inaugurent le mouvement de la «porte ouverte»;
  - dans les années 1920, création des premiers dispensaires d'hygiène mentale, dans une optique de prévention surtout secondaire;
  - vers les années 1940-1950, expériences de réforme institutionnelle.

— Au niveau de la réforme elle-même, quelques dates clé:
  - 1838: Loi sur l'organisation des services psychiatriques (encore en vigueur);
  - 1945 et 1947: journées nationales psychiatriques françaises qui définissent les orientations de base d'une réforme des services psychiatriques français;
  - 1960: première circulaire qui affirme officiellement le principe de la sectorisation; elle est suivie de quelques expériences-pilotes originales, dans les années 60;
  - 1972: arrêté et circulaire qui déterminent un cadre réglementaire à la politique de sectorisation.

— Les journées nationales psychiatriques françaises, qui représentent un moment clé dans la formulation des orientations de base de la réforme, se tiennent dans un climat sociopolitique particulier qui se reflète dans les orientations adoptées pour la réforme:
  - influence du Front populaire qui a attiré l'attention sur le rôle de l'État et de la collectivité en matière de santé publique;
  - le climat de l'après-guerre; l'expérience personnelle que plusieurs psychiatres ont eu des camps de concentration, la mort

de nombreux patients internés durant la guerre et la réintégration des asiles dans la dynamique du pays en guerre amènent une remise en cause de toute forme d'enfermement.

— La réforme des services psychiatriques publics reflète une convergence entre trois courants théoriques ou idéologiques majeurs:

1) le courant de la «santé publique», directement lié aux orientations socialistes et communistes du Front populaire, qui insiste sur la nécessité d'intégrer l'hôpital dans un système de santé publique au service de toute la population;
2) le courant des communautés thérapeutiques de Grande-Bretagne;
3) le courant psychanalytique qui est devenu de plus en plus important au fur et à mesure que l'orientation plus sociale perdait du terrain, et dont l'influence se reflète dans l'importance que revêt l'idée de «projet thérapeutique» et le contenu qu'on lui donne.

— Sur le plan administratif, l'organisation concrète des services repose sur les départements: elle réfère à la place que possèdent les départements dans la structure politico-administrative française ainsi qu'à la manière dont y sont définis les pouvoirs respectifs de la région (pouvoirs consultatifs dans une optique de planification) qui regroupe plusieurs départements, et du département (pouvoirs de décision et de gestion); le préfet est le représentant de l'État au niveau du département en même temps que c'est lui qui préside le Conseil général composé des élus locaux.

Une conception particulière de la démocratie se répercute dans la composition de nombreux organes de consultation et de décision.

1.2 Les acteurs clé de la réforme

— Il faut souligner le rôle de leadership qu'ont joué les psychiatres progressistes dans la préparation et la première mise en place de la réforme:

- ils se regroupent en plusieurs noyaux et expérimentent des formules novatrices de services;
- le groupe formé autour de l'«Évolution psychiatrique» est l'initiateur des journées nationales psychiatriques françaises, moment clé dans la définition des orientations de base;
- ils agissent comme conseillers du Ministre de la Santé pour la rédaction de la circulaire de 1960;
- ils mettent en place les premières expériences-pilotes de sectorisation dans les années 60.

— Après 1968, il semble y avoir un déplacement chez les acteurs clé au profit des administrateurs; la longueur des délais entre les formulations idéologiques de 1945 et la rédaction des circulaires réglementant la pratique concrète aurait amené une certaine diminution dans la force mobilisatrice de la réforme.
— Les partenaires communautaires (communautés de base, syndicats, partis politiques...) paraissent avoir eu peu d'implication dans la réforme des services psychiatriques français.

2. Idées force du modèle

2.1 Au plan de la philosophie d'intervention

La réforme des services psychiatriques publics repose sur trois prémisses indissociables:

1) un «impératif de soins» et une doctrine anti-assistance, qualifiés par un refus de banaliser la maladie mentale; insistance sur les dynamiques intra-psychiques que le système de soins doit pouvoir prendre en considération;
   - il faut réformer l'asile, antithérapeutique dans sa forme actuelle;
   - il faut ouvrir l'asile et l'articuler sur des structures dans le milieu;
2) la nécessité d'éviter une dichotomie des prises en charge entre patients aigus et chroniques, entre l'interne et l'externe, pour éviter que certaines structures ne soient utilisées pour rejeter ou exclure des patients;
   - il faut que des mécanismes de continuité existent entre les structures;
3) un refus de ségrégation vis-à-vis du malade mental; la maladie mentale débouche en effet sur une série de mécanismes d'exclusion réciproque du patient et du milieu;
   - importance de structures de soins proches des milieux de vie naturels;
   - traiter la «demande» d'exclusion quand elle se présente.

Deux mises en garde:

— l'action dans le milieu ne doit pas conduire à médicaliser ou à psychiatriser abusivement les problèmes (prudence sur le plan de la prévention);
— la réforme est une question de changement d'esprit, avant d'être une modification de structure.

2.2 Au plan de l'organisation des services

— Importance du secteur (70 000 habitants); le psychiatre-chef de secteur est responsable de l'interne comme de l'externe; l'équipe de secteur assure la continuité entre l'interne et l'externe; elle devrait agir en complémentarité avec les autres ressources existant sur un territoire donné; des intersecteurs (210 000 habitants) existent dans le domaine de la psychiatrie juvéno-infantile et, dans une moindre mesure, pour l'alcoolisme et la toxicomanie.

— Responsabilité administrative et financière confiée aux départements; rôle important de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S.) sur le plan de l'administration; rôle du Conseil général (élus locaux) du département dans les attributions du budget et du Conseil régional dans la planification des ressources.

(Actuellement: recentralisation provisoire de la psychiatrie entre les mains de l'État.)

3. Degrés et modalités de la désinstitutionnalisation

3.1 Place de l'hôpital psychiatrique

a) Sur le plan des principes

— Nécessité de réformer l'asile pour en faire un instrument de soins;

— Nécessité de désengorger les hôpitaux psychiatriques:
  - par l'inscription de l'asile dans un ensemble extra-hospitalier plus large;
  - par la création de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux (principe de la déconcentration).

Ces mesures devraient permettre une disparition progressive et partielle des hôpitaux psychiatriques.

b) Sur le plan de la réalité concrète

La réalité demeure encore fortement hospitalo-centrique:

— sur le plan des chiffres: le nombre des personnes hospitalisées annuellement en hôpital psychiatrique a relativement peu baissé entre 1965 et 1980 (de 120 000 à 100 000), bien que la durée des séjours ait fortement diminué;

— sur le plan des représentations: le service interne demeure perçu comme le pilier du travail de secteur; le médecin-chef de secteur serait avant tout perçu comme le médecin-chef du service interne;

— carences dans le développement de l'extra-hospitalier.

De plus, la «déconcentration» de la psychiatrie de secteur dans les hôpitaux généraux demeure relativement faible, particulièrement dans les métropoles.

c) Moyens privilégiés

— Importance de l'équipe de secteur, sous la responsabilité du médecin-chef de secteur; doit assurer le suivi des patients à travers les différentes structures du système (internes et externes);
— Structure de base du travail de secteur: les dispensaires et les antennes de secteur, situés dans les milieux de vie et points d'attache du travail de secteur;
— Points d'appui au travail de secteur:
  - des visites à domicile par un ou plusieurs membres de l'équipe de secteur: en cas d'urgence ou intégrées au projet thérapeutique vis-à-vis d'un patient particulier; peuvent parfois déboucher sur l'«hospitalisation à domicile»; doivent demeurer non intrusives;
  - des hospitalisations partielles (de jour, de nuit, partielles, à temps complet...), toujours insérées dans un projet thérapeutique vis-à-vis d'un patient particulier;
  - des structures intermédiaires qui visent l'occupation et le loisir, et l'hébergement; la dimension thérapeutique y demeure généralement importante (différentes positions contrastées sur les avantages et les limites respectifs du rattachement et de l'autonomie par rapport à l'hôpital);
  - des structures de réinsertion par le travail;
  - en ce qui concerne les personnes âgées, tendance à garder les personnes âgées dans des maisons de retraite et à y développer des consultations systématiques avec le personnel de ces maisons de retraite.

d) Dynamique du développement des ressources

— En principe, l'équipe de secteur devrait jouer un rôle clé dans le développement de toutes les structures extra-hospitalières, à partir d'un budget voté par le Conseil général (élus, niveau Département) sur proposition de la D.D.A.S.S.;
— Devant les carences dans les budgets accessibles aux équipes et la lourdeur administrative du système, développement important de structures intermédiaires par le biais d'associations-Loi

1901 (sans but lucratif), formées parfois par les équipes de secteur, parfois par d'autres partenaires; ayant le statut de personne juridique, elles ont plus d'autonomie pour aller chercher des sources de financement diverses; certains profitent de ces structures pour mettre en place des pratiques plus novatrices;

— Les structures de réinsertion par le travail (dont les C.A.T = Centre d'aide par le travail) relèvent de la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, de 1975.

e) Question de la coordination des ressources

— En principe, un organe constitué de représentants des divers partenaires œuvrant dans un secteur devrait assurer la coordination de toutes les structures et ressources existant sur un même territoire;
  - dans les faits, une telle coordination est encore peu réalisée: soit en raison de la faiblesse des effectifs du secteur (manque de temps et d'énergie), soit en raison de l'orientation des modèles de pratique (comme limite liée à la prédominance de l'orientation psychanalytique);
  - des équipes individuelles ont mis en place des mécanismes spécifiques de relation avec les autres ressources du territoire: soit de manière semi-structurelle par le biais de l'établissement d'un réseau de relations avec ces ressources, soit de manière plus ponctuelle à propos de cas concrets;
  - de tels liens ont surtout été observés par rapport aux maisons de retraite; l'intervention auprès du personnel administratif et soignant aurait comme effet de réduire l'anxiété liée aux comportements déviants et, dès lors, de diminuer les réhospitalisations;
  - les décisions d'orientation d'individus concrets relevant de cette loi dépendent de la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel);
  - dans le domaine de l'enfance, les décisions d'orientation d'individus dans les ressources et programmes disponibles dépendent de la C.D.E.S. (Commission départementale d'éducation spécialisée).

Les équipes de secteur sont représentées dans ces deux structures mais n'en constituent que l'un des partenaires.

3.2 Les modèles de pratique

a) Les idées force

Importance des références d'orientation psychanalytique qui insistent sur la dimension intra-psychique des problèmes psychiatriques et sur le rôle de l'inconscient. Dans ce contexte, l'idée de «projet thérapeutique» se révèle centrale:

— méfiance par raport aux idées d'assistance, de réadaptation, de rééducation...
— opposition à la notion de handicap et à la légitimité de son application au champ de la santé mentale:
  • en raison des implications de fixité liées à la notion; sous-estime les possibilités d'évolution de la personne;
  • développe le potentiel invalidant que recèle toute maladie psychiatrique;
— les activités sont utilisées essentiellement comme soutien à un projet thérapeutique, elles n'ont pas leur fin en elles-mêmes ni dans une stricte réadaptation;
— importance de la relation entre soignant et soigné:
  • souci d'établir un «contrat thérapeutique» entre le patient et l'équipe ou les soignants, ce qui permet une triangulation des rapports entre soignants et soignés;
  • caractère central de l'idée de «demande», qui s'oppose à des mesures administratives qui assigneraient de l'extérieur un patient à une structure ou à un programme;
— sur le plan des techniques:
  • importance de la verbalisation des difficultés, tout en respectant les positions défensives du patient;
  • rôle de l'interprétation appliquée aux symptômes et comportements du patient ainsi qu'à l'analyse du fonctionnement de l'équipe elle-même.

On observe un certain retrait par rapport au travail sur le social qui était plus important chez les premiers penseurs de la réforme; à noter malgré tout que:

— certaines équipes mettent l'accent sur le travail auprès de l'entourage lors des visites à domicile, par exemple sur la nécessité de «travailler» certaines demandes familiales d'hospitalisation;
— ce sont plutôt certaines ressources intermédiaires qui se donnent pour mission de sensibiliser les milieux locaux aux problèmes

psychiatriques et d'avoir une action dédramatisante par rapport aux incidents qui peuvent survenir dans le milieu;

— sur le plan théorique, on met généralement l'accent sur les forces d'exclusion à l'œuvre dans les milieux naturels plus que sur leur potentiel en termes de réinsertion.

b) Les mécanismes de continuité

— Éviter la dichotomie des prises en charge entre l'interne et l'externe ou, secondairement, entre structures (une des idées force de la sectorisation française).

L'enracinement de cette idée dans l'accent placé sur le projet thérapeutique implique que la continuité doit s'identifier à une continuité des personnes, afin de sauvegarder la continuité de la relation thérapeutique, et ne peut se résumer à une concertation entre personnes ou ressources différentes;

— Dans ce contexte, la notion d'équipe est perçue comme garante de la cohérence et de la continuité de la prise en charge, même en cas de la disparition de l'un des membres;

— Le degré de cette continuité varie suivant les équipes:
  - de façon minimale, elle est assurée par le médecin-chef de service;
  - de façon maximale, c'est l'entièreté de l'équipe qui assure l'interne et l'externe;
  - une série de mécanismes intermédiaires existent;

— Certains soulignent aussi les risques liés à un excès de continuité: risque d'enveloppement et d'inertie plus particulièrement.

3.3 Des exemples de structures originales

a) Dans le domaine des structures thérapeutiques

— Une structure en hôpital psychiatrique: *Les Castors*
  - permettre à des patients chroniques en institution de circuler entre différents lieux;
  - les préparer à la sortie;
  - l'aspect relationnel prime sur celui de rééducation;

— Une structure-pont entre médecines somatique et psychique: l'Institut de médecine psychosomatique:
  - triple vocation: intervention - formation - recherche;
  - efficience attestée par une étude coûts-bénéfices.

b) Dans le domaine de l'urgence

— Pratique sectorielle comme telle: les visites à domicile (demeurent rares, faute de ressources):
  - permettent de traiter la crise dans son contexte ainsi que la demande d'hospitalisation éventuelle;
  - peuvent se transformer en hospitalisation à domicile (plusieurs visites par jour au besoin);
  - condition: une grande disponibilité de l'équipe;
— Une structure privée: U-Psy (association-Loi 1901):
  - psychiatres privés se rendant à domicile sur appel, 24 heures sur 24.

c) Dans le champ des structures d'hébergement

Diverses expériences-pilotes destinées à des patients psychiatriques chroniques sortant de l'hôpital:

— La Belle Étoile: hébergement structuré en deux temps
  - en un premier temps, permettre l'établissement d'une relation englobante au patient: faciliter la régression, la constitution d'une relation de dépendance au nouveau milieu de vie;
  - ensuite, réintroduire les instances de séparation: des instances externes et des instances structurantes internes;
— Le foyer de «déchronicisation» de Soisy
  - prise en charge active de l'aspect social de l'aliénation mentale, pour des patients psychiatriques chroniques:
    réapprendre à gérer le quotidien, par participation active à la vie de la maison et par l'intégration à une vie communautaire;
    importance de l'humour et du plaisir: ranimer les désirs, les initiatives;
  - reconstituer les dossiers des patients pour leur redonner une histoire et des repères individuels;
— Appartements thérapeutiques du secteur Bergerac
  - réintégrer les patients dans des circuits sociaux, plus que répondre à leurs besoins;
  - les aider à élaborer leurs désirs.

d) Dans le domaine de la réinsertion par le travail

— Une stratégie de réinsertion en milieu naturel: L'Équipe de préparation et de suite au reclassement Henri Wallon

- idée de stages non rémunérés qui permettent une réintégration progressive pour le patient et contribuent à lever les craintes de l'entreprise;
- présence de travailleurs sociaux sur le terrain, dans les entreprises;
- prospection active de places;

— Une stratégie de «travail intermédiaire»: Le Tremplin
- créé par des éducateurs spécialisés;
- propose ses services à des clients potentiels;
- «tremplin» vers la réinsertion.

3.4 Liens avec des systèmes connexes

a) Rapport avec les médecins généralistes

— Les équipes de secteur sont accessibles directement ou par le biais de l'urgence ou de l'hospitalisation;

— Dans certaines équipes de secteur, existence de systèmes de collaboration et de consultation avec les médecins généralistes du territoire: diffusion d'informations sur la pratique de l'équipe de secteur et sensibilisation des omnipraticiens; nombreux contacts par lettre et par téléphone; acceptation de donner des informations ou des conseils par téléphone; essai d'association des médecins généralistes au suivi des patients psychiatriques (importance de transmettre l'information lorsqu'un patient suivi par un omnipraticien est hospitalisé); ce rôle de consultation par rapport aux médecins généralistes permettrait souvent d'éviter la réhospitalisation de patients;

— Principale difficulté rencontrée: l'aménagement d'une relation non menaçante avec les médecins de première ligne; il est notamment nécessaire de se limiter à donner un avis, lorsque c'est cela qui est demandé, sans chercher à s'immiscer dans la prise en charge.

b) Rapport avec les hôpitaux généraux

Ce rapport se situe à deux niveaux différents:

— Au niveau de la création d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Il faut distinguer ici le cas des services sectorisés et non sectorisés. Les premiers demeurent peu nombreux quand on les compare au nombre des hôpitaux psychiatriques sectorisés, surtout dans les métropoles; les seconds, n'étant pas soumis à la Loi de 1838, ont davantage la possibilité de sélectionner

leurs patients et ils auraient tendance à choisir les «beaux cas» ou les cas plus légers. Des équipes de secteur attachées à des hôpitaux ont par ailleurs remarqué que le seul fait d'être situé dans un hôpital général n'est pas une garantie de «non-enclavement» pour l'équipe et pour les patients;

— Au niveau du travail des équipes de secteur, ou des psychiatres non sectorisés, qui attachent par ailleurs une grande importance au travail effectué dans les services non psychiatriques d'hôpitaux généraux; cette approche, appelée «psychiatrie de liaison», aurait une portée préventive significative.

c) Rapport avec les services sociaux

— Des travailleurs sociaux se trouvent intégrés aux équipes de secteur; leur position y demeure relativement marginale, dans la mesure où leur action paraît surtout orientée vers la résolution de questions d'allocations, d'hébergement...; ils participent peu au projet thérapeutique comme tel;

— Par ailleurs, certains travailleurs sociaux travaillant en psychiatrie relèvent directement de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, ce qui pose des problèmes de logistique et de coordination; on peut retrouver une dichotomie analogue dans le personnel infirmier, certaines personnes dépendant de l'hôpital et d'autres, de la D.D.A.S.S. On soulève également des problèmes importants de coordination avec des travailleurs sociaux qui œuvrent dans le cadre d'autres services (la famille, l'assistance publique...), problèmes qui peuvent être aggravés par le fait que les territoires de sectorisation ne coïncident pas.

3.5 L'idée de sectorisation et le rapport avec un territoire

— L'association entre structures psychiatriques et territoire géographique est déjà ancienne en France. La loi de 1838 a défini pour chaque département la nécessité d'avoir un hôpital psychiatrique, associant ainsi asile et territoire; de plus, l'idée d'une association de la personne malade ou pauvre à une institution hospitalière est apparue très tôt dans le droit français, à travers la notion de «domicile de secours»; le but était d'assurer une universalité de l'assistance;

— Circulaires de 1972: prônent la division des départements en secteurs géographiques de psychiatrie, tant pour la psychiatrie générale que pour la psychiatrie juvéno-infantile (intersecteurs); l'accent est mis sur la nécessité d'adapter les structures psychiatriques aux conditions locales caractérisant chacun des secteurs;

— Rapidement, revendication d'une certaine flexibilité dans l'application de la sectorisation:
  • un simple motif de relocalisation sectorielle ne peut suffire à justifier un déplacement, en l'absence de gains thérapeutiques attendus;
  • en principe, le libre choix des malades prime sur la sectorisation; ce choix demeure une possibilité théorique puisque les établissements dont ils ne relèvent pas «sectoriellement» peuvent toujours alléguer un manque de place;
  • par contre, la sectorisation vise à éviter les rejets répétés de patients et à imposer une contrainte sur l'équipe et les établissements du secteur qui ne peuvent refuser de s'occuper d'une personne de leur secteur;
— Limites de sectorisation dans les mégapoles:
  • existence de «mouvants» (personnes changeant souvent de domicile);
  • «itinérance»liée à la psychose;
  existence de mécanismes visant à assurer une continuité de la prise en charge dans le cadre d'itinérants;
— Problème des sectorisations multiples: les sectorisations du territoire ayant été réalisées à des époques différentes dans les domaines de la psychiatrie, du service social, de l'éducation, de la justice, les découpages ne coïncident pas; ceci accentue les difficultés de coordination et diminue les chances d'actions concertées.

4. Degré de centralisation et de pluralisme du système

4.1 Structure politico-administrative

a) Au niveau législatif

— La loi de base demeure la Loi de 1838 qui définit l'organisation des services psychiatriques, les diverses modalités de placement, et vise la protection des malades mentaux;
— Lois connexes:
  • Loi sur les incapables majeurs, de 1968; elle définit les modalités de la protection des biens des malades mentaux dans un contexte plus large que celui de la psychiatrie et de l'internement;

- Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, de 1975; elle fait de l'assistance aux mineurs et aux personnes handicapées une obligation nationale; elle définit également les modalités et les moyens de la réadaptation;

— La réforme psychiatrique comme telle n'est encore inscrite dans aucune loi, relevant uniquement d'arrêtés et de circulaires; ceci aurait comme effet de handicaper de façon significative les possibilités d'actualisation concrète de la réforme.

b) Les différents paliers

— Au niveau ministériel, les services psychiatriques dépendent du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, plus particulièrement du Secrétariat d'État à la santé. Toutefois, à ce niveau, la responsabilité des services psychiatriques est fragmentée entre plusieurs directions, ce qui fait obstacle à l'élaboration d'une vision d'ensemble sur la sectorisation et handicape la concrétisation des principes de la réforme. Le handicap le plus grand est le fait que ce qui concerne les hospitalisations et ce qui touche à l'extra-hospitalier relèvent de directions différentes et de modes de financement parallèles: ce qui relève de la notion de prix de journée dépend des budgets de la Sécurité sociale alors que l'extra-hospitalier relève de la direction des Affaires sociales et ne peut être financé que sous la fiction juridique de la «prévention».

— Jusqu'à récemment, on observait une décentralisation marquée de la gestion et du financement des services psychiatriques. En effet, les modalités de fonctionnement sont prévues en détail dans les circulaires de 1972 mais leur actualisation est laissée à la discrétion des départements. Deux organes sont importants au niveau local: les Directions départementale et régionale des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S. et D.R.A.S.S.), constituées de fonctionnaires nommés par l'État et relevant du préfet, et le Conseil général (au niveau départemental) et régional (au niveau de la région), constitués des élus locaux et des maires.

— Au niveau départemental, on retrouve la même dualité de fonctionnement qu'au niveau ministériel. Le domaine de l'intra-hospitalier est financé sur la base d'un calcul du nombre de journées d'hospitalisation et remboursé par les Caisses de sécurité sociale, sur la base d'une tarification qui fait chaque fois l'objet d'un accord entre le préfet, sur avis de la D.D.A.S.S., et l'hôpital; les décisions qui concernent la création de structures privées rele-

vant du même principe du prix de journée sont aussi prises par le préfet, sur avis de la D.D.A.S.S. et après avoir recueilli l'avis d'une commission régionale placée sous le présidence de la D.R.A.S.S. Les collectivités locales et l'État prennent en charge les personnes sociales non assurées. Le domaine de l'extra-hospitalier jouit d'un autre mode de financement par les collectivités locales, le département et l'État; c'est le département qui avait la prérogative de voter les budgets qui lui étaient remboursés à 83 pour cent par l'État. Les décisions concernant la création de structures intermédiaires ne relevant pas du prix de journée sont prises par le Conseil général, sur avis de la D.D.A.S.S.

Cette dualité des mécanismes de financement rend difficile le transfert des budgets entre l'interne et l'externe et renforce les mécanismes de défense des hôpitaux qui craignent de voir diminuer leurs budgets si le nombre de lits baisse.

Le développement de l'appareil sectoriel et son fonctionnement dépendent donc de la volonté d'interlocuteurs très différents: le Conseil général du département, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, les administrations hospitalières et les Caisses d'assurance-maladie.

— Dans ce contexte, grande diversité interdépartementale:
  - comme principe affirmé dans la circulaire de 1972;
  - comme facteur d'inégalité à la suite d'une sensibilité différente des collectivités locales et des élus locaux aux problèmes psychiatriques.
— Actuellement, mouvement de reconcentration des pouvoirs décisionnels entre les mains de l'État, dans le but de réduire les écarts entre régions et départements. C'est l'État qui fixe l'enveloppe du préfet, sur base des budgets précédents augmentés d'un certain taux de progression annuelle; ceci rend difficile la création de nouvelles structures. C'est le département qui conserve la prérogative de répartir son budget entre différentes structures gestionnaires et structures extra-hospitalières.
— Au niveau local, les équipes de secteur peuvent prendre l'initiative de créer des associations-Loi 1901 pour chercher à obtenir un financement de leurs structures; elles peuvent ainsi combiner un financement direct par l'État, comme structures-pilotes d'intérêt national, par les organismes des Caisses de sécurité sociale, par la D.D.A.S.S. (qui possède un budget propre) et par les collectivités locales.

Sur le plan administratif, les équipes de secteur et d'intersecteur juvéno-infantile sont soumises aux décisions de la COTOREP (dans le domaine du handicap et du travail) et de la C.D.E.S. (dans le domaine de l'éducation spécialisée) par rapport à des individus donnés.

— Aux différents niveaux, diverses structures de consultation rassemblent les principaux acteurs impliqués dans le domaine, par exemple:
  - la Commission régionale, constituée de représentants des organismes payeurs (Caisses de sécurité sociale), de l'association des établissements, des administrations concernées, des organisations syndicales et des élus locaux, sous la présidence de la D.R.A.S.S.;
  - la Commission des maladies mentales, constituée de membres de droit (ministères, directions, caisses d'assurance), des représentants d'organisations professionnelles, syndicales, de l'Association des familles et amis des malades mentaux, des croix marines... ainsi que de personnes jugées spécialement compétentes; elle a un rôle consultatif auprès du ministre.

    Ce type de structure paraît typique du système français et s'inscrit dans sa conception du fonctionnement démocratique.

4.2 Le rapport entre public et privé

a) Sur le plan du principe

La circulaire de 1972 prônait non pas une absorption de l'un des systèmes par l'autre mais l'articulation des équipes de secteur autour d'un réseau plus large des structures et ressources fonctionnant sur leur territoire.

b) Dans la réalité

Le système français paraît caractérisé par le pluralisme et la flexibilité sur le plan des structures; absence de démarcation rigide entre le public et le privé:

— nombreuses références entre systèmes public et privé, notamment en fonction de l'orientation du projet thérapeutique pour un patient donné;

— remboursement des services privés par les Caisses de sécurité sociale;

— existence de certains services publics non sectorisés;
— grand développement de tout le «semi-public», par le biais des associations-Loi 1901.

5. Participation des communautés locales

5.1 Plan politico-administratif

Décentralisation sur le plan des décisions et du financement, avec une forte participation des élus locaux, par le biais du Conseil général départemental (échelon de la gestion et de la prise de décision) et celui du Conseil régional (formule des recommandations); les collectivités locales participent au financement de certaines structures.

5.2 Participation volontaire

— Par le biais de la création d'associations-Loi 1901 (bien que la majorité d'entre elles soient en fait constituées par des intervenants-membres de l'équipe de secteur);
— Autrement, relativement peu de participation populaire dans le domaine de la psychiatrie.

5.3 Attitudes des communautés

— Sur le plan de la réalité, plusieurs soulignent que les conceptions et attitudes des milieux n'évoluent pas au même rythme que les réformes:
  • nécessité de prendre en considération le jeu de mécanismes psychologiques, sociaux et culturels complexes;
  • participation des intervenants à ces attitudes populaires.
— L'idée de l'exclusion ou du rejet des patients psychiatriques est centrale dans la pensée française en psychiatrie sociale.
— Les actions dans ce domaine demeurent peu importantes:
  • certaines structures communautaires mainifestent un souci de travailler à l'insertion de leur ressource dans le milieu, en essayant de développer un système d'échanges et de communications avec les communautés locales et en étant présents dans le milieu pour dédramatiser les situations de crise;
  • de manière plus générale, tendance à mettre en place des «espaces sociaux» parallèles où le patient peut obtenir une reconnaissance personnelle et sociale, plus qu'à centrer les énergies sur la réinsertion dans un milieu donné.

6. Rapport entre réalité et modèle idéal

6.1 Éléments d'évaluation

— Le système demeure très hospitalo-centrique, sur le plan des statistiques d'hospitalisation et de l'organisation; on observe une répartition très inégale des budgets entre l'intra et l'extra-hospitalier (moins de 8 pour cent); le développement des structures extra-hospitalières demeure très insuffisant même si la création d'associations-Loi 1901 permet de compenser, mais seulement partiellement, cette carence; dans ce contexte, l'idée d'une réinscription de l'hôpital psychiatrique dans un ensemble plus large demeure partiellement illusoire.

— Le système demeure très médicalisé, dans la mesure où l'équipe de secteur est sous l'autorité marquée du psychiatre-chef de secteur; à noter que la référence à des orientations de type psychanalytique ne facilite pas l'implication de non-professionnels ou des milieux dans l'intervention; ceci se répercute particulièrement au niveau d'une difficulté de concertation dans le domaine juvéno-infantile; l'insistance sur le projet thérapeutique permet une grande sensibilité à la dynamique individuelle des patients, mais souvent au détriment de la possibilité de prendre en considération la dimension sociale de ses problèmes; elle se reflète souvent aussi dans les mécanismes de fonctionnement que se donnent les équipes psychiatriques.

— On observe une grande dominance de la bureaucratie qui freine les possibilités de transformation interne du système.

— Peu de secteurs sont actuellement rattachés à un hôpital général et le développement de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux demeure insuffisant.

— À noter de grandes différences entre départements (en fonction du degré de réceptivité des élus locaux) et entre les secteurs (suivant notamment le dynamisme du médecin-chef de secteur et l'époque de la mise en place du secteur).

6.2 Conditions à l'actualisation du modèle

(telles que ces conditions ont été formulées dans deux rapports d'étude complémentaires)

— Nécessité d'une réforme des modes de financement; tendance à l'unification (entre l'interne et l'externe) et à globaliser (par rapport au financement fonction des journées d'hospitalisation);

— Constitution d'un conseil de coordination au niveau du secteur, destiné à établir des liens entre tous les programmes et ressources œuvrant sur un même territoire;
— Création d'un centre de santé mentale qui serait le pivot des activités extra-hospitalières du secteur;
— Création de nombreuses structures-relais modulées dans la communauté;
— Mise en place de mécanismes internes d'évaluation des interventions et des programmes.

6.3 Barrières et facteurs de contrainte

— Sur le plan de la législation
  • pas d'ancrage de la sectorisation dans des textes légaux; cette carence se répercute dans le manque de structure financière appropriée.
— Sur le plan de l'administration et du financement
  • fragmentation des instances responsables, au niveau ministériel;
  • mécanismes de gestion et de financement différents pour l'intra et l'extra-hospitalier; cela entraîne un manque de flexibilité dans la modulation des moyens; caractère inadapté du calcul des budgets sur la base du prix de journée, pour les structures qui relèvent de la Sécurité sociale;
  • financement insuffisant, particulièrement pour le développement de l'extra-hospitalier, et manque de personnel.
— Contraintes extérieures
  • effets de la crise économique:
    sur la rareté les budgets disponibles pour développer des structures extra-hopitalières;
    sur les possiblités d'emploi, ce qui rend plus difficile la réinsertion;
  • situation politique: manque d'un consensus suffisant.
— Domaine des attitudes
  • dans le public, les tendances à l'exclusion se reflètent dans des pressions exercées sur les élus locaux, dans le sens d'un maintien du statut quo;
  • au niveau des intervenants, tendance à perpétuer les manières de faire (pressions syndicales orientées vers le statu quo), qui fait écho à l'«immobilisme» de la psychose; tendance à effec-

tuer une séparation rigoureuse entre soignants et soignés, comme mode de défense contre la mise en cause que suscite la psychose.

6.4 Lignes d'évolution

— Reconcentration provisoire depuis 1984 de tout le financement de la psychiatrie publique entre les mains de l'État, pour lutter contre les disparités régionales.

— Insistance sur la formation continue (1 pour cent de la masse salariale doit légalement être consacré à la formation continue).

— Annonce récente de mesures et énoncé de directives par le Secrétaire d'État chargé de la santé:

- un redéploiement des moyens psychiatriques de l'intra-hospitalier vers l'extra-hospitalier (fermer 12 000 lits, en transformer 28 000 autres);
- abolir le clivage dans le financement entre soins et prévention;
- aménager et unifier le statut des personnels;
- revoir la de Loi de 1838;
- améliorer la formation et la recherche;
- améliorer les mécanismes de coordination entre psychiatrie publique et privée, entre la psychiatrie et l'ensemble du système médical;
- donner une priorité aux soins psychiatriques pour les personnes âgées, axés sur le maintien à domicile ou dans les maisons de retraite, et sur le développement de structures adaptées;
- document récent prônant la création d'unités psychiatriques de base dans chacun des hôpitaux généraux (= stratégie de redéploiement).

II — Synthèse de l'expérience de la Grande-Bretagne (Lise Tessier)

1. Éléments de contexte

1.1 Plan sociohistorique

— Antécédents

- Fin XIX^{e}siècle— Création de la première association privée (Mental After Care Association) qui développe les premières formes d'hébergement et de support dans la communauté pour ceux qui sortent des asiles.
- Les années 20— Création d'un hôpital (Maudsley) et d'une clinique (Tavistock) privés. Inspirés des découvertes freudiennes, ils font la démonstration qu'il est possible de traiter les patients psychiatriques sur une base externe.

— Au niveau de la réforme elle-même, quelques dates clé:

- 1930 — Loi qui permet, pour la première fois, le traitement sur une base volontaire dans les asiles publics (Mental Treatment Act). Politique de la porte ouverte (OPEN-DOOR POLICY) et multiplication des cliniques externes. Consacre officiellement l'ouverture de l'asile sur la communauté et donne un support des fonds publics à la Mental After Care Association pour qu'elle accentue son action communautaire auprès de ceux qui sortent des asiles.
- 1948 — National Health Service Act. Cette loi prône des services globaux et intégrés pour la maladie physique et la maladie mentale et crée la base administrative pour un déplacement de priorité de l'asile vers la communauté.
- 1959 — Mental Health Act. Consolide l'intégration de la psychiatrie à la médecine générale et étend les pouvoirs et responsabilités des autorités locales en matière d'hébergement et de services de jour pour les patients psychiatriques.
- Années 60 — Politique gouvernementale d'élimination graduelle de l'asile (Hospital Plan for England and Wales, 1962, et Health and Welfare: Development of Community Care, 1963). Les expériences-pilotes originales amorcées durant les années 50 se poursuivent et se raffinent.
- 1971 — Restructuration administrative des services sociaux, les unifiant sous chacune des autorités locales.
- 1974 — Restructuration administrative des services de santé créant une structure hiérarchique à quatre paliers, sous l'autorité

du gouvernement central, avec gestion décentralisée des services de santé physique et mentale au niveau du district (250 000 de population).

- 1975 — Livre blanc (Better Services for the Mentally Ill) qui réaffirme l'orientation communautaire (COMMUNITY CARE) tout en y mettant une sourdine pour des raisons économiques.

— Climat sociopolitique

- Action des réformateurs sociaux qui, au nom d'une certaine moralité, s'indignent des conditions intolérables dans les asiles. La question des droits civils est prédominante et les écrits des romanciers ainsi que l'opinion publique active contribuent à entretenir la peur que des gens normaux soient internés par erreur.
- La guerre 1939-1945 permet aux patients psychiatriques de faire la preuve de leur compétence et favorise l'ouverture de l'asile.

— Courants théoriques

- Le courant des communautés thérapeutiques.
- Élaboration d'une théorie et d'une pratique de la réadaptation influencée par les principes de la psychiatrie sociale, les modèles sociaux de services d'hébergement et les méthodes behaviorales d'évaluation fonctionnelle et de gestion du comportement.
- Dans le secteur des services sociaux, référence récente à un modèle communautaire centré sur le dépistage, la coordination et la mobilisation des réseaux sociaux à partir d'une population d'un quartier donné (Patch Work). Une telle action, en principe, devrait apporter du support aux équipes spécialisées.

— Au plan administratif, l'organisation concrète des services de santé physique et mentale repose sur les districts qui sont l'échelon le plus décentralisé d'une structure hiérarchique à quatre niveaux dont le plus élevé se situe au niveau du Ministère.

Les services sociaux qui ont une mission complémentaire de développement de services d'hébergement et de support communautaire ont, eux, une structure différente qui dépend des élus locaux (Local Authorities), et desservent un territoire géographique différent de celui des services de santé.

1.2 Les acteurs clé

— Les psychiatres progressistes ont joué un rôle clé dans l'élaboration du modèle britannique de services, dans l'ouverture sur la communauté à partir des années 20, dans l'accélération du mou-

vement dans les années 50 et dans le développement d'expériences-pilotes. Le statut élevé des psychiatres de l'époque dans la communauté permet d'atténuer les résistances qu'il pouvait y avoir à l'ouverture de l'asile.

— Les mouvements privés (voluntary movement), c'est-à-dire les organismes sans but lucratif, les mécènes, les associations, ont joué un rôle de leadership important dans l'initiation des innovations (ex.: création du Maudsley, hôpital privé qui, le premier, fera la démonstration de la faisabilité de l'ouverture de l'asile; action de la Mental After Care Association qui, la première, développera des ressources de support dans la communauté pour ceux qui sortent de l'asile; des fondations privées qui permettront la formation des professionnels, etc.) et dans un rôle de pression et de chien de garde du système public (ex.: rôle de MIND, association nationale, au niveau des amendements de 1982 au Mental Health Act de 1959).

— Le gouvernement a aussi un rôle clé à deux niveaux.

D'abord, la volonté politique s'inscrit tôt dans le mouvement de réforme (1930) et s'articule autour des expériences les plus innovatrices et des résultats de recherche.

Ensuite, il faut noter le rôle croissant de l'administration dans les services publics. Une restructuration administrative du système de santé, en 1974, oblige à une concertation des quatre paliers hiérarchiques et complexifie ainsi la mise en opération.

2. Idées forces du modèle

2.1 Au plan de la philosophie d'intervention

— Conception du malade mental «lourd»:

une personne handicapée dont on doit empêcher la détérioration et qui doit expérimenter le succès dans l'exercice de ses rôles sociaux. De cette conception découle l'importance d'une pratique de réadaptation. On conçoit l'environnement comme jouant un rôle clé dans le succès ou l'échec de la réadaptation. En conséquence, au niveau de la recherche, on travaille à décrire les mécanismes sociaux qui contribuent aux effets cliniques négatifs.

— Élaboration d'une théorie et d'une pratique de la réadaptation qui tient compte du rôle de l'environnement.

Les prémisses de l'action sont les suivantes:

- minimiser la ségrégation;

- assurer une continuité de services à travers plusieurs organismes de support;
- intégrer le support que le patient peut recevoir de sa famille immédiate et de son réseau social en plus des services professionnels.

— On vise l'élimination graduelle de l'asile
- pour les réformateurs sociaux, l'asile cause la maladie mentale; celle-ci sera donc abolie en même temps que l'abolition de l'asile;
- pour les psychiatres, le succès de leurs innovations dans les modes de traitement les amènent à un optimisme qui s'est avéré exagéré. Pour eux, si on porte suffisamment d'attention aux stades aigus de la maladie, les incapacités chroniques seront prévenues — d'où le développement de services psychiatriques aigus et d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux.

2.2 Au plan de l'organisation des services

— Importance de la sectorisation au niveau du district de santé (250 000 habitants). L'équipe psychiatrique localisée dans l'hôpital général et dans ses cliniques externes est le pivot de la distribution des services et doit assurer la continuité de l'interne et de l'externe. Cette équipe doit se coordonner avec les services sociaux, l'équipe de première ligne et les organismes sans but lucratif du district pour en arriver au développement d'un système complet et intégré. Ce système doit cependant s'intégrer de façon personnalisée autour d'un patient donné et non pas être une juxtaposition de structures à l'intérieur desquelles le patient doit trouver son chemin.

— Intégration de la psychiatrie à la médecine physique selon la conception voulant que la maladie mentale est une maladie comme les autres. Une équipe de gestion du district gère à la fois les services de santé physique et les services de santé mentale.

3. Degrés et modalités de la désinstitutionnalisation

3.1 Place de l'hôpital psychiatrique

a) Sur le plan des principes

On vise l'élimination graduelle de l'asile tout en reconnaissant l'impossibilité de faire disparaître la chronicité et la nécessité d'assumer une fonction asilaire au niveau du district avec des services

d'hébergement de type plus petits, avec atmosphère familiale et humanisation des soins.

b) Sur le plan de la réalité concrète

— Un succès important dans le fait que 76 000 lits ont été fermés depuis 1955 avec une augmentation parallèle de l'utilisation de ressources communautaires: «hostels», hébergement protégé, hôpitaux de jour, cliniques externes, infirmiers communautaires; et un succès dans le développement d'hôpitaux généraux dans la plupart des districts (l'asile s'est sectorisé dans les quelques endroits où il n'y a pas d'hôpitaux généraux).
— Un échec relatif:

  30 000 lits demeurent dans les asiles. L'implantation de ressources communautaires demeure lente, particulièrement du côté des services sociaux.

  Les patients psychiatriques ne sont pas une clientèle prioritaire pour les services sociaux.

c) Moyens privilégiés

— L'équipe psychiatrique du district est vraiment le pivot de la distribution des services et doit assurer la continuité entre l'interne et l'externe.
— Cette équipe est habituellement localisée dans l'hôpital général du district mais pourrait aussi se trouver dans le Centre de santé du même district, au côté de l'équipe de première ligne.
— Comme points d'appui au travail de secteur, on a les hospitalisations de jour, de nuit ou partielles, de même que les visites à domicile et une accessibilité aux services 24 heures sur 24.
— À l'origine, des structures intermédiaires d'occupation et de loisir, et d'hébergement étaient introduites à partir des unités de psychiatrie. Présentement, l'implantation de ces structures relève des services sociaux, sauf pour les ressources à vocation asilaire qui sont toujours du ressort de l'hôpital. On vise un système complet et intégré au niveau du district d'un ensemble de services de support, tant sociaux que de santé, de première ligne que de services spécialisés, de services publics que de services sans but lucratif.
— Le médecin généraliste demeure la porte d'entrée pour les équipes spécialisées qui ont une clientèle uniquement psychotique ou présentant de sévères troubles de personnalité.

d) Dynamique du développement des ressources

En principe, les services sociaux devraient jouer un rôle clé dans le développement des structures extra-hospitalières à partir d'un budget voté par les élus locaux. Avec ce budget, ils peuvent, à la fois, créer des ressources eux-mêmes et financer des ressources mises en place par des organismes sans but lucratif. En pratique, les patients psychiatriques ne sont pas prioritaires, d'où le peu de budgets alloués au développement de ressources pour cette clientèle. De plus, dans les campagnes de levées de fonds privées, la maladie mentale se retrouve au dernier rang.

3.2 Les modèles de pratique

a) Les idées force

Caractère central des notions de déficience, incapacité et handicap qui impliquent l'élaboration de moyens pour y faire face, d'où la naissance d'une théorie et pratique de la réadaptation.

b) Les mécanismes de continuité

En pratique, ce sont les équipes psychiatriques spécialisées qui assurent la continuité entre l'interne et l'externe. Il y a peu de mécanismes formels pour assurer les liens avec les autres organismes de support dans le district, liens qui sont laissés à la bonne volonté individuelle.

3.3 Liens avec des systèmes connexes

a) Rapport avec les médecins généralistes

— Une des caractéristiques particulières du système britannique est l'utilisation du médecin généraliste comme porte d'entrée du système psychiatrique. En principe, le patient doit lui revenir après un traitement psychiatrique. En pratique, lorsqu'un patient entre dans le système psychiatrique, c'est ce dernier qui assure la continuité des soins et la réponse aux crises et aux urgences.

Le système psychiatrique s'occupe des personnes psychotiques ou de celles ayant de sérieux problèmes de personnalité. On cherche maintenant à adjoindre aux médecins généralistes des Centres de santé un travailleur social ou autre professionnel de la santé mentale pour répondre aux troubles névrotiques ou aux problèmes de santé mentale en général.

b) Rapport avec les hôpitaux généraux

Ce rapport se situe au niveau de la création d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux dont la plupart des districts sont pourvus.

c) Rapport avec les services sociaux

Des travailleurs sociaux se trouvent intégrés aux équipes du district. Cependant, leur rôle est ambigu depuis la déqualification qui a suivi la réorganisation des services sociaux, en 1971, et de plus en plus leurs anciennes fonctions à l'intérieur des équipes thérapeutiques sont assumées par les infirmiers psychiatriques. Cependant, ces derniers ont de la difficulté à assumer les interventions psychosociales les plus complexes par manque de formation.

— Des travailleurs sociaux se retrouvent dans les départements de services sociaux au niveau de la zone (unité géographique locale) et ils assument un certain nombre de responsabilités en regard des patients psychiatriques:
  - implantation de services d'hébergement;
  - mise en place de centres de jour;
  - visites à domicile dans les cas d'admissions involontaires.

  Dans ce dernier cas, il se pose des difficultés importantes entre travailleurs sociaux et psychiatres, les premiers refusant des admissions en raison de la préservation des droits civils alors que les psychiatres souhaitent l'admission pour une raison clinique.

  En plus de cette absence de schéma de référence commun entre équipes psychiatriques et services sociaux, il se présente des problèmes de coordination importants. Il existe des mécanismes formels de coordination, tels les Joint Consultative Committees, au niveau de la zone, ou les Joint Care Planning Teams composées de fonctionnaires dans une rôle-conseil, mais ces mécanismes sont peu fonctionnels.

  Il y a aussi un fonctionnement conjoint santé-social pour le développement des ressources extra-hospitalières, mais ces sommes sont non récurrentes et la procédure pour les obtenir, tellement complexe, qu'elles sont peu utilisées.

  Les mécanismes de coordination les plus traditionnels sont ceux qui fonctionnent le mieux à un certain niveau, tels les conférences de cas, le travail en équipe ou la référence.

  Malgré les difficultés concrètes d'actualisation de la concertation à cause des structures différentes et des idéologies différentes

sur les causes et le traitement des problèmes, il n'en reste pas moins une volonté officielle de coordination:

- Document gouvernemental de 1962-1963 sur le Community Care;
- 1972: groupe de travail au niveau gouvernemental pour examiner les enjeux de la coordination;
- 1975: directive du DHSS sur l'importance de la concertation des services pour les malades mentaux;
- 1978: document de travail conjoint santé-social sur la collaboration des deux secteurs.

d) Rapport avec les organismes sans but lucratif

— Un des rôles de ces organismes est de rendre des services directs, complémentaires à ceux du système public. Ces services sont particulièrement de type hébergement ou du style club social. Ces ressources sont financées en partie par des fonds privés, en partie par les services sociaux et peuvent être utilisées par les équipes psychiatriques pour leur clientèle.

— Un autre rôle est celui de bénévole en milieu institutionnel. Nombreux, ces bénévoles commencent à aller dans la communauté à mesure que le système public désinstitutionnalise. Ces bénévoles cherchent à devenir membre à part entière des équipes spécialisées, statut qui ne leur est pas toujours acquis. Ils ne désirent pas cependant se substituer aux équipes pour assurer la continuité des soins.

— Les grandes associations nationales comme MIND (l'Association nationale de la santé mentale) ou le National Schizophrenia Fellowship (l'Association des parents et amis du malade mental) sont des forums importants pour cristalliser une pensée par rapport à la maladie mentale et à l'évolution des politiques et du système de distribution de services. Leurs colloques réunissent l'ensemble des partenaires en santé mentale: membres du gouvernement, psychiatres, autres professionnels, bénévoles, ex-patients, parents et amis... Leurs publications sont élaborées par des comités composés de personnalités très diverses et les différents points de vue s'affrontent. Ces associations ont un lobbying bien organisé et un pouvoir de pression important. Elles ont aussi des filiales dans tous les coins du pays (250 pour MIND).

— Un autre moyen de participation très important est ce qu'on appelle les Conseils communautaires de santé, qui ont certains moyens de contrôle au niveau des services rendus dans les districts. Com-

posés, en partie, d'élus locaux et d'organismes sans but lucratif, ils exercent une vigilance effective.

3.4 L'idée de sectorisation et le rapport à un territoire

— L'association entre structures psychiatriques et territoire géographique, réalisée au niveau du district telle qu'elle existe présentement, est relativement récente. Les balises en ont été posées lors du National Health Service Act de 1948, pour être formalisées lors de la restructuration administrative de 1974. Avant cette période, l'asile s'était ouvert sur la communauté environnante mais sans balises territoriales uniformes et figées.

— À l'intérieur du district, secteur géographique actuel de 200 à 300 000 de population, il subsiste une certaine flexibilité. En moyenne, chaque district a quatre psychiatres. Cependant, ces psychiatres ne sont pas nécessairement assignés à des sous-territoires de 60 000 habitants parce qu'on croit à une nécessaire liberté de choix pour le client.

— Le problème des sectorisations multiples se rencontre en Grande-Bretagne et a une connotation particulière dans les relations santé-social qui, au niveau des orientations, devraient collaborer étroitement alors que leurs secteurs géographiques ne sont pas concordants. De même, le médecin généraliste, porte d'entrée du système psychiatrique, est payé selon un mode de capitation sans être lié à un territoire géographique, ce qui oblige les équipes spécialisées à être en relation avec un nombre important de médecins généralistes. Cet état de fait ne leur permet pas d'établir des relations suffisamment étroites et prolongées pour qu'ils coordonnent facilement.

4. Degré de centralisation et de pluralisme du système

4.1 Structure politico-administrative

a) Au niveau législatif

— La loi de base demeure la Loi 1959 (Mental Health Act), amendée en 1982 pour ce qui concerne les procédures d'admission non volontaire.

— Le livre blanc *Better Services for the Mentally Ill* (1975) spécifie les orientations idéales de politique et offre ainsi un schéma de référence global qui permet de déterminer les priorités selon les contraintes de la réalité.

— La structure de distribution de services a été repensée récemment avec la Loi sur les services sociaux (Social Services Act — 1971) et la Loi sur la réorganisation des services de santé (Reorganisation Act — 1974). La première unifie les services sociaux sous chaque Local Authority alors que la seconde légifère sur l'implantation d'une structure de gestion de la santé au niveau du district, dernier palier d'une structure hiérarchique à quatre niveaux dont le premier est le Ministère.

b) Les différents paliers

Structure des services de santé

Cette structure a quatre paliers hiérarchiques, dont le plus élevé se situe au niveau du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (Secrétariat d'État des services sociaux) et le plus bas, au niveau des structures de gestion du district.

— Au niveau ministériel, les services psychiatriques relèvent des services de santé mentale du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, dont dépendent aussi les services aux déficients intellectuels, aux alcooliques et aux toxicomanes. Le fait qu'il n'y ait qu'une direction responsable des services psychiatriques favorise l'élaboration d'orientations globales à partir d'une vision d'ensemble de la situation. Cette direction octroie les fonds, mais leur gestion est décentralisée.

— Au niveau des administrations régionales de santé s'effectuent la planification régionale, l'affectation des ressources pour actualiser les politiques et la délégation de pouvoir aux équipes de gestion des districts.

— Chaque zone de santé regroupe deux à trois districts et est le niveau où se prennent les décisions opérationnelles.

— L'administration du district de santé est vraiment le niveau où s'effectue la gestion courante.

Depuis la création de cette structure très hiérarchisée, on se plaint que médecins et administrateurs passent de plus en plus de temps en réunion de leur division, en comités conjoints, en comités de liaison, en groupe de planification, tous conçus afin de combler des vides et d'assurer une coordination optimale. Les décisions les plus simples qui, antérieurement se résolvaient après quelques minutes de conversation, peuvent maintenant prendre quatre ou huit comités et même plus — et à la fin, le problème peut ne pas être résolu tellement il est difficile de déterminer où la responsabilité se situe. Cette complexité administrative contribue au

désenchantement du système qui s'est manifesté dans la dernière décade.

Structure des services sociaux

Étant donné la responsabilité donnée aux services sociaux d'implanter les ressources de réinsertion dans la communauté et leur rôle à l'intérieur des équipes multidisciplinaires, il est important de mentionner que:

— la structure des services sociaux est distincte de celle des services de santé et complètement autonome;
— cette structure ne dépend pas des autorité centrales, comme celles des services de santé, mais des administrations locales autonomes les unes par rapport aux autres, ce qui pose, à la fois, des problèmes pour l'établissement d'un schéma de référence cohérent et de priorités du social et des problèmes de coordination avec la santé;
— le territoire géographique couvert par les autorités locales est approximativement celui des zones de santé et non celui des districts, ce qui pose des problèmes de coordination santé-social;
— des budgets existent pour des projets conjoints santé-social, mais la procédure pour les utiliser est tellement complexe qu'ils n'atteignent pas le but pour lequel ils ont été alloués;
— à l'intérieur des départements de services sociaux, la santé doit compétitionner avec d'autres objectifs et n'est pas nécessairement une priorité;
— la philosophie et les valeurs des départements de services sociaux se développent indépendamment de celles du système de santé et peuvent être en conflit avec celles-ci.

Cette situation est donc un obstacle à des rapports santé-social fonctionnels.

4.2 Le rapport entre public et privé

Le système de santé privé comme tel est à peu près inexistant en Grande-Bretagne. Par contre, les associations sans but lucratif sont nombreuses, ont un lobby bien organisé et viennent exercer un rôle de complémentarité face au système public,

— en développant des services directs, en particulier des services d'hébergement et des clubs sociaux;
— en comblant de nouveaux besoins, leurs services étant ensuite récupérés par les services publics;

— en implantant des services pour les besoins non comblés;
— en exerçant un rôle de chien de garde et de pression sur le système public.

Le gouvernement fait pression de plus en plus fortement pour que le privé assume une plus grande part des responsabilités prises par le public. La résistance du secteur privé est toutefois énorme à cause des difficultés d'autofinancement et de la lourdeur de la tâche. Il prône plutôt une planification conjointe des services.

5. Participation des communautés locales

5.1 Plan politico-administratif

Un mécanisme de participation particulièrement intéressant est celui des Conseils communautaires de santé. Rattachés aux zones, ils ont un rôle consultatif et de surveillance par rapport aux services rendus dans les districts. Ceci peut aller jusqu'à visiter les hôpitaux et les obliger à rendre des comptes. Un tiers des membres de ces conseils sont nommés par les organismes locaux sans but lucratif.

5.2 Participation volontaire

Cette participation se concrétise par le nombre important d'organismes sans but lucratif et la structuration du bénévolat. Parmi les plus importants, on trouve MIND, l'Association nationale pour la santé mentale, qui a 250 filiales, et la Schizophrenia Fellowship, Association des parents et amis du malade mental.

5.3 Attitudes des communautés

L'indifférence des communautés se traduit par le peu de participation aux levées de fonds pour la maladie mentale. Pour le Britannique, «Mental illness is a misfortune to be endured».

6. Rapport entre réalité et modèle idéal

6.1 Éléments d'évaluation

— Succès important au niveau de la diminution de la population des asiles.
— Succès dans la création d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux de l'ensemble du territoire.
— Augmentation des services extra-hospitaliers rattachés à l'hôpital général:
  • augmentation du nombre de cliniques externes;

- implantation d'hôpitaux de jour;
- consultations à domicile par les psychiatres;
- développement du nursing psychiatrique communautaire.

— Un engagement effectif a été pris envers les patients les plus lourds, anciens et nouveaux.
— Sous-développement des ressources communautaires non hospitalières.
— Structure hiérarchique et bureaucratisée qui dilue les responsabilités et freine la créativité.
— Jonction santé-social pas vraiment réalisée.

6.2 *Facteurs de contrainte et facteurs facilitants*

— Sur le plan de la législation

La législation supporte les pratiques innovatrices et les idées les plus avancées, dans la continuité. Les moyens d'actualiser une pensée aussi ambitieuse n'existent pas toujours cependant.

— Organisation politico-administrative

Très haut niveau de planification centralisée qui permet l'élaboration d'un schéma de référence cohérent.

— Contraintes extérieures

Rareté des budgets disponibles pour instaurer des structures èxtra-hospitalières.

Mécanismes de gestion décentralisés. Cette situation a permis les innovations du milieu des années 50 mais devient maintenant un obstacle avec la multiplication des paliers hiérarchiques lors de la restructuration.

— Utilisation de la recherche évaluative

Cette utilisation constante de la recherche pour évaluer l'implantation des politiques sociales ou réviser les orientations est une des forces du système.

III — Synthèse de l'expérience de l'Italie (Luciano Bozzini)

1. Éléments de contexte

1.1 Plan sociohistorique

— Années 1960-1970: quadruple retard du système psychiatrique italien aux plans:
  - des techniques psychiatriques: ni l'humanisation de l'asile, ni les nouvelles approches philosophiques et scientifiques (psychanalyse, phénoménologie, sciences sociales) ont pénétré l'asile;
  - de l'encadrement législatif: la psychiatrie est régie par la Loi de 1904 qui la subordonne fortement au pouvoir judiciaire (majeure partie des admissions en cure fermée, autorisées souvent par la police/nombre élevé d'admissions à vie), ainsi qu'au pouvoir arbitraire du Directeur de l'asile; le concept d'admission volontaire est introduit seulement par une loi de 1968 (qui n'abolit cependant pas celle de 1904);
  - du mouvement de la désinstitutionnalisation: ce n'est qu'à partir de 1970 que la population asilaire en Italie commencera à décliner (à partir d'un sommet de 180 000 internés);
  - de la qualité des services sociosanitaires (état des lieux, qualité du personnel, etc.).

— À partir de 1960, l'Italie est aussi touchée par le souffle de renouvellement qui anime la psychiatrie européenne: de 1960 à 1970, un groupe de psychiatres anime un mouvement s'inspirant du «secteur» français. Ce mouvement échouera pour plusieurs raisons (absence de leadership, peu de support de la base, absence de succès politico-social, dissensions avec le Mouvement Anti-Institutionnel).

— 1967: naissance du Mouvement Anti-Institutionnel (M.A.I.), sous le leadership de Basaglia qui propose une réforme radicale, la négation totale de l'hôpital psychiatrique, ligne radicale favorisée par:
  - le retard italien;
  - la comparaison avec les expériences de réforme étrangères: le secteur français, la communauté thérapeutique anglaise, les Community Mental Health Centers (É.U.). Pour le M.A.I., seule l'élimination entière de l'hôpital psychiatrique permettra de faire une psychiatrie sociale différente (totalement axée sur le patient et la communauté).

Le M.A.I. monopolisera les forces de réforme (contre les «sectorialistes») pour aboutir à la nouvelle loi psychiatrique, Loi 180 (mai 1978).

Caractéristiques centrales de la Loi:

- élimination totale à court terme de l'hôpital psychiatrique: aucun nouveau patient peut être admis à l'hôpital psychiatrique. L'admission volontaire d'ex-patients est permise jusqu'au 31.12.81;
- création du Département de santé mentale (services territoriaux) responsable de l'ensemble des services de santé mentale sur un territoire, y compris d'un certain nombre de lits aigus dans l'hôpital général;
- règles strictes pour la limitation maximum des «traitements sanitaires obligatoires» (cure fermée).

1.2 Plan des acteurs clé:

— Le mouvement de réforme (M.A.I.) a été un mouvement de la base (psychiatres + autres intervenants) qui a investi des zones de plus en plus larges du secteur public.

— Le mouvement s'est intégré

- avec les luttes sociales et culturelles des années 60 et 70: luttes contre la misère sociale/mouvements anti-institutionnels/ luttes contre les centralisme bureaucratique;
- avec les forces sociales: syndicats/partis politiques/mouvements sociaux/administrations «progressistes».

— Travail culturel important du M.A.I. sur l'opinion publique (contre la misère asilaire, pour une nouvelle psychiatrie) à travers mass media, débats, expositions.

— La décentralisation de la psychiatrie (niveau provincial) a signifié la possibilité d'expériences-pilotes.

} Expliquent la force, le momentum du mouvement, la multiplication des expériences de 1965 à 1978.

2. Idées force (du système psychiatrique actuel)

2.1 Au plan de la philosophie d'intervention

— L'hôpital psychiatrique est antithérapeutique, «objectifiant» même si moderne. Il peut et doit être entièrement éliminé: autrement, il a tendance à se remplir.

— La maladie mentale est un produit historique «biopsychosocial» dont l'évolution est déterminée par le type de prise en charge qui doit:

- être *globale*: l'équipe psychiatrique gère, coordonne ou stimule toute la réponse à tous les besoins des patients (physiques, sociaux, psychiques). La réponse aux besoins sociaux est aussi importante que le travail psychothérapeutique;
- être *continue*: l'équipe psychiatrique de base est le pivot «en continu» des soins. Abolition de la prise en charge selon les frontières institutionnelles: interne-externe, aigu-chronique, prévention-cure-réadaptation. L'équipe doit suivre le patient dans les différentes phases;
- être *accessible*: (idéalement 7 jours, 24 heures) et *universelle* (réponse à toute la demande sans sélection);
- être *communautaire*: élimination maximum des institutions ségrégatives; les malades doivent être gardés au maximum dans les milieux naturels de vie (maison, quartier, travail, école);
- être *collective*: importance de la valence thérapeutique du groupe. Forte charge démocratique.

2.2 Au plan de l'organisation des services

Principe clé: la *décentralisation*, pour une prise en charge intégrée, adaptée aux besoins locaux et favorisant les dynamismes de la base.

— Au plan du système de santé:
l'Unité sanitaire locale (U.S.L.) – organe de programmation et de gestion sociosanitaire, émanation politico-administrative des communes – planifie/gère tous les services de santé (et une partie des services sociaux) pour un territoire donné (50 000 à 200 000 habitants). Le budget vient de la région (niveau politico-administratif intermédiaire entre l'État central et la commune) mais la nature et le mode de distribution des services sont décidés au plan local (à l'intérieur, en principe, d'orientations générales, nationales ou régionales).

— Au plan de la psychiatrie:
le Centre de santé mentale – établissement de distribution de services – est responsable de la programmation et de la distribution de l'ensemble des services de santé mentale pour un territoire donné (50 000 à 80 000 habitants). Dans les U.S.L. plus étendues, où il y a plusieurs Centres, c'est le département de santé mentale qui est responsable de la programmation et coordination générales.

3. Degrés et modalités de la désinstitutionnalisation

3.1 Place de l'hôpital psychiatrique

a) Principe:
Élimination intégrale de l'hôpital psychiatrique. La «nouvelle chronicité» (moins grave et hypothétiquement moins nombreuse) peut et doit être gérée différemment (maintien maximum en milieu naturel, hébergement à domicile, dans refuges transitoires, petites communautés).

b) Degré de désinstitutionnalisation:
Anciens patients: l'hôpital se vide à des rythmes différents selon les régions, selon la disponibilité des ressources de rechange et selon les dynamismes locaux. Pratiquement vide dans les régions-témoins, semi-vide dans les régions «progressistes», intact dans les régions arriérées. Estimation du nombre de lits actuels: de 55 à 60 000 lits psychiatriques pour 60 millions d'habitants (système public et cliniques privées).
Nouveaux patients: là où les services territoriaux fonctionnent, l'hospitalisation qui échappe au service (cliniques privées) est minime.

c) Moyens/structures (théoriques) de la désinstitutionnalisation:

Modèle idéal (légal)

Coordonne, supervise (en théorie) la gestion des problèmes aigus dans les Services de diagnostic et de cure (S.D.C. = lits de courte durée dans les hôpitaux généraux). Objectif: 10 lits/100 000 h. Le S.D.C. dépend en théorie du Centre (selon la Loi)

Stimule ou effectue la prévention

Centre de santé mentale*

moyen-pivot de l'organisation des services

Dispense, coordonne ou stimule tous les services sur un territoire donné
(50 000 à 80 000 habitants. Personnel: 20 à 30 intervenants)

Gère l'insertion au travail:

- mise sur pied de coopératives mixtes (patients psychiatriques, autres marginaux, chômeurs)
- travail assidu avec entreprises et syndicats

Gère le chronique à travers les structures intermédiaires:

- visites à domicile très développées
- centres de jour
- centres d'accueil transitoires
- appartements de groupe
- ateliers et activités de resocialisation pour anciens patients
- stimulation du volontariat (La quantité et les types de structures intermédiaires ne sont pas prescrits légalement mais décidés au plan local.)

---

* *Pour adultes*: la psychiatrie juvénile (0-18 ans) est, sauf exception, gérée dans des structures séparées: les Centres materno-infantiles.

La continuité:

L'équipe psychiatrique de base est donc en principe le pivot «en continu» des soins. Abolition donc de la prise en charge selon les frontières institutionnelles: interne-externe, aigu-chronique, prévention-cure-réadaptation. L'équipe suit le patient dans les différentes phases.

Ce projet se réalise de façon tendancielle dans les expériences avancées, avec des ratés surtout dans les relations avec les S.D.C., coupés parfois des Centres pour différentes raisons: personnel traditionnel dans les S.D.C./négligence des Centres/dans certains cas, abandon par les Centres de la chronicité plus dégradée.

Le modèle élimine le concept de «lignes» étagées (1re, 2e, 3e lignes).

Dynamique du développement des ressources d'appui à la désinstitutionnalisation

La quantité de ressources disponibles (personnel, structures physiques) dépend de deux sources locales: le budget global de santé de l'U.S.L. et l'appui des communes (fournitures de structures physiques). Conséquence: fortes disparités dans les ressources, dues surtout à la variabilité dans le soutien politico-administratif local de l'U.S.L. et de la commune et au degré de dynamisme du leadership psychiatrique local.

3.2 Modèles de pratique

a) Caractéristiques partagées du modèle de «psychiatrie de territoire» dans les régions «progressistes»:

— Fourniture ou coordination *«en continu»* de *toute la réponse à toute la demande* (la demande «biopsychosociale»), en particulier la plus lourde. Le morcellement du patient et de la discontinuité des soins sont bannis.

— Accessibilité maximum de *l'offre*: longues heures de «drop-in», (généralement 8 h 00 à 20 h 00, 6 jours-semaine), disponibilité de 24 heures, «outreaching» à domicile prononcé (composante quantativement majeure du travail). Le rôle des ressources, de l'offre de services est défini comme crucial dans une optique culturelle également: car la culture publique, la tolérance devant le handicap, n'est pas une donnée naturelle, fixe: seule l'offre de services de rechange, la disponibilité et les possibilités des intervenants à travailler sur la culture et le tissu social permettent que celle-ci soit modifiée. La présence du service sécurise la population.

— *Action thérapeutique* mettant un fort accent sur la modification du contexte microsocial, sur les besoins concrets (matériels et psychologiques) de l'individu, sur les possibilités de *fonctionnement social* – la psychothérapie sur le «monde interne» étant conçue comme un des éléments du processus thérapeutique.

Refus paradigmatique de la notion de chronicité «naturelle»: la chronicité est en grande partie le résultat d'une prise en charge inadéquate. La chronicité (fonctionnelle et de la pathologie) n'est pas stable; elle est fluide selon les actions du service.

— Sur le plan de *l'insertion sociale:*

- Insertion au travail: on favorise au maximum l'insertion au travail, même minime (garantie de «vie»), en milieu naturel et taillée sur mesure. Méfiance envers l'insertion bureaucratisée (par catégories) et «ghettoïsée» (ateliers protégés), ces derniers livrant aux patients un message invalidant.

  Moyen de réinsertion au travail privilégié actuellement: les coopératives mixtes (patients, autres marginaux, chômeurs), en raison de la crise économique mais aussi de la plus grande souplesse permise (nombre d'heures négociables individuellement).

- Insertion d'hébergement: maintien maximum en milieu naturel (domicile) et efforts de création de milieux de groupe vivants (activités, loisirs, rapports avec le voisinage, etc.).

— Caractère central du *travail d'équipe* et des conditions concrètes de son fonctionnement: critique de la hiérarchie, valorisation de chacun, les capacités pratiques priment sur le diplôme (tendance à la polyvalence), travail de groupe constant sur les cas, formation permanente, etc. Valence psychothérapeutique du groupe.
— *Travail* en continu et en profondeur *avec l'ensemble du tissu social* (des institutions à la population): débats, actions conjointes avec les institutions et les mouvements sociaux, travail continu avec le système politico-administratif au plan local.
— *Flexibilité*, pragmatisme.

b) Diversifications entraînées par le modèle de décentralisation et une certaine diversité dans les orientations:

— Les Centres de santé mentale comportent ou non des «lits de crise».
— Certains services sont plus méfiants que d'autres en ce qui concerne les pharmacothérapies et les psychothérapies. (Problème de l'efficacité des psychothérapies/préoccupation avec les effets potentiellement sélectionnants, hiérarchisants et de réponse technique stéréotypée.)
— Domination parfois d'une orientation psychothérapeutique précise (psychanalyse, théorie systémique, etc.).
— Modèle répandu (en particulier pour le traitement des psychotiques): le couple thérapeutique.
— Les intervenants sont divisés en équipes de trois à cinq membres, chaque équipe comprenant 1 psychiatre (légalement responsable). Les équipes travaillent sur des sous-bassins du Centre ou bien les patients sont distribués sur une base de disponibilité ou de préférence de chaque sous-équipe.

3.3 Liens avec les systèmes connexes

a) Rapport avec les médecins généralistes

— Pratiquement inexistant à ses débuts, même dans les régions avancées, dû surtout à une médecine générale de faible qualité à fonction de «triage». L'omnipraticien refuse de s'occuper des «fous» et a tendance à déléguer la psychiatrie légère au privé sur une base de «confiance personnalisée», et à cause de l'image de psychiatrie lourde attachée aux services publics (image en cours de modification là où les équipes s'imposent par la qualité de leurs services).

— Les nouveaux développements en médecine de 1re ligne (médecine globale, médecine familiale, psychosomatique) rendent actuelle la question du rapport psychiatrie-médecine, nouvelle tâche que les équipes commencent à envisager.

b) Rapport avec les hôpitaux généraux

— Le Service de diagnostic et de cure (S.D.C., service pour problèmes aigus) est situé dans l'hôpital général, mais dépend, en théorie (légalement), du Centre de santé mentale (ou Département lorsqu'il y a plusieurs centres). La psychiatrie tend à être isolée et défavorisée (locaux inadéquats) à l'hôpital général.

— Les Centres en santé mentale assurent des consultations à certains départements hospitaliers selon les besoins (médecine, gériatrie, service pour toxicomanies, etc.).

c) Rapport avec les services sociaux

— La loi-cadre sur le Service sanitaire national prévoit l'intégration complète du social et du sanitaire, au niveau de la programmation et au niveau de la distribution des services (projet de cliniques de 1re ligne de district).

La situation actuelle est:

- très confuse: le pays attend la Loi de réforme de l'assistance sociale (éclatée entre communes et U.S.L., entre public et privé, entre secteurs professionnels et institutionnels);
- très diversifiée: les prérogatives des communes et des U.S.L. dans le champ des services sociaux varient de région à région. Pour les services sociaux sous la coupe de l'U.S.L. (cela inclut les services sociaux psychiatriques), certains services sociaux sont intégrés à l'intérieur des différents établissements (services materno-infantiles, centres de santé mentale, cliniques pour personnes âgées, etc.); d'autres services sont centralisés au niveau du Département de service social de l'U.S.L.

— Travail quotidien en psychiatrie: chaque équipe compte un travailleur social qui travaille avec le Département de service social de l'U.S.L. et/ou celui de la commune.

3.4 L'idée de sectorisation et le rapport à un territoire

— La sectorisation psychiatrique est homogène avec la sectorisation pour l'ensemble des services de santé qui sont distribués par territoire de U.S.L.

— La territorialité n'est cependant pas imposée légalement. Dans le cas des services psychiatriques, la fidélité de la population au service territorial dépend de la qualité du service. Cela pose un problème lorsque le niveau de qualité de services contigus est différent. Dans le cas des «équipes progressistes», l'objectif poursuivi tend à garder haut le niveau de qualité des services.

4. Degré de décentralisation et de pluralisme

4.1 Structure politico-administrative

a) Paliers et principales fonctions (théoriques*)

Niveau national:

— Lois et règlements nationaux;
— Planification nationale (grandes orientations) et programmation;
— Péréquation et distribution aux régions des enveloppes budgétaires.

Niveau régional:

L'Italie est divisée en 20 régions (sorte d'équivalent, en termes de population, des provinces canadiennes) dont la population varie entre 8 1/2 millions (Lombardie) et 110 000 habitants (Vallée d'Aoste).

Les régions sont un palier de gouvernement (niveau législatif et exécutif), mais sans pouvoir de taxation. Le palier régional a une autonomie assez considérable juridiquement, mais aussi en raison de la faiblesse de l'administration et des institutions politiques centrales.

Fonctions dans le système sociosanitaire:

— Lois et règlements régionaux;
— Planification et programmation régionales;
— Péréquation et distribution aux U.S.L. de l'enveloppe budgétaire régionale;
— Statistiques, contrôle.

Niveau U.S.L.:

Organisme politico-administratif (présence politique locale) décentralisé de planification, de coordination, de gestion de l'ensemble des services pour le bassin local de population.

* Dans les faits, la planification, la programmation et la péréquation en sont à leur début. Lentement, l'État et les régions mettent sur pied une technocratie planificatrice.

b) Degré de décentralisation

L'organisation du système de santé et de la psychiatrie est très décentralisée: chaque U.S.L., avec son comité de gestion technico-politique, organise ses services à sa manière. Chaque Centre de santé mentale organise ses services selon les besoins locaux et selon ses orientations. C'est la richesse du système italien, et sa faiblesse aussi: le système de santé et la psychiatrie souffrent d'une absence flagrante de planification et de péréquation des ressources; les écarts de ressources entre U.S.L. ou entre Centres de santé mentale peuvent être extrêmes.

4.2 Rapport entre public et privé

Avant la réforme:

Existence de deux psychiatries: psychiatrie publique pour les moins fortunés et cliniques privées de différentes catégories.

Après la réforme:

La nouvelle législation (de gauche) entendait rendre les cliniques privées marginales (seules les cliniques privées à paiement ne sont pas touchées par la Loi). Celles conventionnées avec les U.S.L. (avant 1978, avec les administrations provinciales) auraient dû être déstructurées à partir du 31.12.81 (pas de nouvelles admissions). Dans les faits, les cliniques privées (de qualité différente) subsistent comme soupape partout où l'État n'a pas injecté les ressources nécessaires (ressources intermédiaires et personnel comme outils d'évitement de l'hospitalisation). Situation actuelle donc: complémentarité forcée. Développement accéléré aussi du secteur privé dans le champ de la psychiatrie légère.

5. Participation des communautés locales

5.1 Plan politico-administratif

L'ensemble du système de santé obéit à une logique de *décentralisation politico-administrative*. L'U.S.L. est une émanation de la commune.

— Les communautés locales sont donc représentées (en partie à travers les élus politiques locaux) sur l'instance «orientatrice» de l'U.S.L. (l'Assemblée générale) et sur l'instance administrative principale (Comité de gestion).

Il n'y a pas de système de participation locale spécifique à la psychiatrie.

— Le financement des services psychiatriques provient de l'U.S.L. avec la participation de la commune pour certaines activités, comme la fourniture de structures physiques (appartements, édifices pour centres, etc.).

5.2 Participation volontaire

Deux types de participation en développement:

— Le «privé social»: coopératives, associations catholiques, etc. qui s'offrent, sous la forme de conventions avec les U.S.L., pour la prise en charge de certains problèmes: soins aux personnes âgées, communautés pour toxicomanes, etc. Le mouvement pourrait toucher la psychiatrie.

— Le bénévolat (catholique en particulier) auquel les Centres de santé mentale commencent à avoir recours pour la prise en charge communautaire du malade.

5.3 Attitudes des communautés

— Inexistence de sondages nationaux.

— Expériences avancées: important travail de sensibilisation des communautés à la problématique du malade mental (importance de la désinstitutionnalisation, «dangerosité», etc.) à travers débats, conférences, travail dans les écoles, etc. Deux objectifs atteints: tolérance et quiétude (sécurité) de la population lorsque le service démontre sa présence n'importe où, n'importe quand.

6. Rapport entre réalité et modèle idéal

6.1 Éléments d'évaluation

a) Impact sur les soins

Désinstitutionnalisation d'ex-patients	Nouveaux patients
1) Déhospitalisation *Expériences avancées:* la fermeture quasi-totale de l'asile dans les expériences - témoins semble indiquer qu'une désinstitutionnalisation massive est possible.	1) Hospitalisation *Expériences avancées:* • Hospitalisation «aiguë». Effort de réduction de l'hospitalisation «aiguë» dans le S.D.C. au minimum (nombre et durée). Les données indiquent que de bons

résultats sont possibles (ex.: durée de séjour moyenne dans un centre, 9 jours).

- Hospitalisation «chronique». Reste à confirmer la prétention que, dans les meilleures expériences avancées, l'hospitalisation «chronique» qui échappe au service est infinitésimale.

Par ailleurs, il n'existe pas de données objectives sur le sort de la «nouvelle chronicité»: où vivent-ils? quelle est leur qualité de vie? etc.

Territoire national: progrès différenciés selon les régions. Estimation de lits existants: 55 à 60 000 pour 60 millions d'habitants.

Territoire national:

L'hospitalisation «aiguë» fortement médicalisée (S.D.C. = en partie porte tournante) et l'hospitalisation «chronique» (cliniques privées, foyers) sont répandues à la mesure de l'absence de prise en charge de rechange.

2) Structures intermédiaires

Généralement, stock très déficitaire (à cause du blocage des budgets). Même dans les expériences avancées, le système survit grâce à des miracles d'ingéniosité et d'engagement.

2) Structures intermédiaires

(Voir ci-contre.)

3) Qualité de vie des patients et des familles

Expériences avancées: les patients sont pris en charge de façon globale et continue. Pas d'abandon. L'absence de structures intermédiaires adéquates empêche parfois que les familles soient délestées lorsque nécessaire.

3) Qualité de vie des patients et des familles

Expériences avancées: reste à évaluer par des recherches, la thèse centrale des réformateurs: la psychiatrie globale permet de réduire le nombre et la gravité de la chronicité fonctionnelle – et la gravité de la chronicité de la pathologie (baisse de l'intensité des symptômes/baisse de la fréquence et de la violence des crises). Réciproque: maximalisation du maintien fonctionnel dans la communauté.

Retombée: baisse sensible (à confirmer) de la pharmacopée.

Territoire national: l'abandon et/ou le poids sur les familles existent. Les résultats sont à la mesure de la quantité de ressources injectées/reconverties et de la qualité de la prise en charge.

Territoire national: (Voir ci-contre.)

b) Fonctionnement politico-administratif

Décentralisation = simultanément *richesse* (place à l'expérimentation et à la diversité, stimulation des dynamismes locaux) et *faiblesse* (en l'absence de planification/péréquation des ressources, les écarts dans la disponibilité des ressources au plan local sont flagrants).

c) Rationalité de la désinstitutionnalisation

Le mouvement italien est inspiré uniquement par des motifs thérapeutiques et humanitaires.

Sur le plan économique: la psychiatrie globale et préventive est certainement rentable. Par contre, un projet de désinstitutionnalisation, à ses débuts, pourrait coûter plus cher: nécessité de ressources suffisantes pour un double rôle (réinsertion d'ex-patients, réponse à la nouvelle demande).

6.2 Conditions à l'actualisation du modèle

Conditions qui ont rendu possibles les expériences avancées, en particulier le processus de désinstitutionnalisation:

— une motivation, un sens de la mission chez le leadership professionnel (les psychiatres innovateurs) et les autres intervenants;
— un important travail de formation et de motivation auprès des ex-intervenants de l'hôpital psychiatrique;
— l'appui inconditionnel du système politico-administratif (liberté d'action quasi totale des réformateurs);
— l'existence de ressources suffisantes (officielles, volontaires);
— un patient travail de sensibilisation de la communauté;
— une certaine réceptivité idéologique du tissu social et de la culture (les années 1965-1978 sont celles de la contestation, de l'antiautoritarisme, de la lutte à la marginalisation, de l'utopie de la «bonne» société, de l'égalitarisme professionnel).

6.3 Barrières et facteurs de contrainte actuels

— Contexte sociopolitique: perte du pouvoir des «gauches»; changement idéologique: prudence avec les utopies collectives et généreuses... Baisse donc du soutien politico-administratif et culturel.
— Absence flagrante de ressources. Facteurs: la crise économique et les mutations idéologico-politiques.
— Résistances que le nouveau terrain socioculturel fait surgir: pouvoir médical (plan des intérêts pratiques et plan du modèle culturel), résistance des cliniques privées, résistance à la mobilité et aux fermetures d'établissements, qualité de l'administration publique.
— Crise paradigmatique de la psychiatrie: essor de la psychiatrie «biologique» et nécessité pour la psychiatrie sociale de créer et d'affermir un paradigme plus large que la simple lutte antiasilaire.
— Problème de la formation des intervenants à la nouvelle psychiatrie de territoire.

6.4 Lignes d'évolution

— Les difficultés entraînent une baisse de la motivation chez une partie du leadership professionnel et des intervenants.
— Mais la psychiatrie de territoire n'est pas morte. Les expériences continuent et une nouvelle génération de psychiatres de territoire prend la relève.
— Les partis politiques conservateurs et la «droite psychiatrique» combattent la réforme. Une restauration (réouverture de pavillons pour chroniques et dilatation des lits aigus) est possible mais la situation est encore ouverte (la gauche social-communiste et catholique soutient la réforme).

IV — Synthèse de l'expérience des États-Unis
(Guylaine Séguin-Tremblay)

1. Contexte général

1.1 Contexte sociohistorique

Antécécents: 19e siècle: création des Mental Hospitals dont le financement sera assumé par les États. Ils deviennent surpeuplés de malades chroniques et assument un rôle de garde.

1850: naissance de la notion de traitement;
travaux de Pinel;
pression de citoyens avertis;
publication de Clifford Beers (ancien patient psychiatrique).

Crise économique des années 30. Pression vers plus de responsabilité de la part du gouvernement fédéral pour les problèmes d'envergure nationale. «New-deal» de Roosevelt et création de programmes de support financier aux plus démunis.

Contexte sociopolitique:

Après la Seconde Guerre mondiale:

— Alarme chez les psychiatres de l'armée: taux élevé de maladie mentale chez les recrues. Optimisme face à la possibilité de traitement.
— 1946: création d'un institut national pour la santé mentale: NIMH. Mission à caractère double: conçu selon des principes médicaux et de santé publique, ce qui amènera des tensions entre les vocations de soins et de prévention à partir de 1964.

Influences:

— Critique des hôpitaux d'État;
— Développement des méthodes de traitement pharmacothérapiques;
— Crédibilité auprès de la population, des thérapies psychologiques et de leurs bases scientifiques;
— Années 60: expérience des Open Hospitals en Grande-Bretagne;
— Espoir irréaliste du Fédéral d'économiser en réduisant le rôle et le nombre des hôpitaux psychiatriques.

1.2 Acteurs clés dans la réforme

— Groupe des psychiatres progressistes (psychiatrie communautaire) trouvant une place influente au gouvernement au sein du NIMH. Orientation vers les soins communautaires.
— Leadership de coalition de citoyens, professionnels et politiciens.

— 1955: Commission sénatoriale: Mental Health Study Act: faire la synthèse des connaissances en santé mentale. La Commission est menée par les associations médicales et les associations psychiatriques.
— 1960: autre Commission sénatoriale: faire le point sur les besoins de la population en santé mentale. Cette commission est menée par une technocratie ministérielle pour décrire le rôle souhaitable du gouvernement fédéral en matière de santé mentale.
— 1963: le gouvernement fédéral à travers le NIMH prend en charge l'organisation des services en santé mentale. Législation instituant les CMHC (Community Mental Health Centers).
— Multiplication des professionnels paramédicaux dans les soins de santé mentale (psychologues et travailleurs sociaux).
— 1980: Mental Health Systems Act: rend les États responsables des CMHC et autres services de santé mentale.

1.3 Idées forces actuelles

— Créer de plus petites unités de soins surtout à travers les hôpitaux généraux.
— Réduire les hôpitaux d'État: coûteux, surpeuplés, inefficaces.
— Créer une approche communautaire: développer des ressources post-hospitalisation.
— En 1963: prise en charge de l'institution des CMHC par le Fédéral avec une intention de retrait progressif au plan du financement et de la gestion administrative au profit de l'État et des CMHC.
— En 1978: création du CSP (Community Support Program) par le NIMH. Programme axé sur une approche conceptuelle privilégiant l'approche fonctionnelle de la maladie mentale chronique par opposition à l'approche médicale.

2. Étendue et modalités de la désinstitutionnalisation

2.1 Place de l'hôpital psychiatrique

2.1.1 Principes

Idée centrale de la réforme de 1963: l'hôpital psychiatrique d'État doit avoir un rôle mineur. Les unités psychiatriques d'hôpitaux généraux doivent servir de ressource d'hospitalisation (soins intensifs, observation, urgence) aux CMHC. La législation de 1963 était accompagnée de l'objectif de réduire de 50 pour cent le nombre de personnes hospitalisées au cours de la décennie.

2.1.2 Réalité

Échec des CMHC à remplacer les anciennes ressources. Les hôpitaux psychiatriques existent toujours mais on y hospitalise beaucoup moins (réduction de 70 pour cent des hospitalisations).

Parallèlement, les ressources d'hospitalisation en hôpital général ne sont pas développées autant que prévu. Il y a donc insuffisance de «back-up» hospitalier pour les CMHC.

Le programme des CMHC ne s'est pas répandu à plus de la moitié de la population américaine.

Là où se trouvent les CMHC, moins de 35 pour cent de la population y recourent. Il y a là un échec dans la tentative de modifier les habitudes de la population qui recourt majoritairement au système privé.

2.1.3 Mécanismes incitatifs

Pour favoriser le fonctionnement des CMHC (établis en 1963):

Avantages financiers:

— assurances Medicare-Medicaid;
— soutien du Fédéral à des programmes particuliers;
— support du Fédéral pour la construction des CMHC et le début d'opération.

Avantages organisationnels:

— programmes de planification au niveau du Fédéral et des États pour la coordination entre services de santé et services sociaux.

Particularité:

— au Massachusetts, la Loi du ministère «Housing and Urban Development» favorise l'allocation de 10 pour cent de certaines habitations pour les handicapés.

2.1.4 Moyens utilisés

Installation des CMHC. Les subventions du Fédéral sont accordées aux centres qui présentent un projet correspondant aux critères établis par la législation. Plusieurs sont construits, d'autres sont aménagés à l'intérieur d'anciens bâtiments.

En 1963: le CMHC doit assurer cinq services essentiels:

— urgence;
— services externes;
— soins hospitaliers;

— hospitalisation partielle;
— services de consultation et d'éducation aux agences distributrices de soins communautaires.

Le CMHC ne possède pas nécessairement les ressources d'hospitalisation à l'intérieur de ses murs. Il doit exister des ententes avec une unité psychiatrique d'hôpital général.

En 1975: addition de sept nouveaux services aux CMHC, dont celui d'assurer les soins post-hospitaliers:

— dépistage;
— soins post-hospitaliers;
— service de transition;
— diagnostic spécialisé;
— recherche;
— évaluation;
— formation.

Le CMHC devait, dans les plans, répondre à l'ensemble des besoins de la population. Un glissement s'est produit: l'autofinancement n'a pas pu se réaliser autant que prévu, les CMHC n'ont pas pu assumer tous ces rôles. Ils se sont développés de façon indépendante, des vocations différentes privilégiant un ou l'autre des rôles.

En 1978: création, par le NIMH, du programme des Community Support System. Ce programme se développe parallèlement à celui des CMHC. Il vise surtout l'instauration de ressources communautaires pour les personnes atteintes de problèmes psychiatriques graves ou chroniques.

Dix composantes:

— localisation des personnes dans le besoin (reaching out);
— aide pour qu'elles obtiennent les revenus auxquels elles ont droit;
— services de durée illimitée;
— réponse aux situations de crise 24 heures sur 24;
— services de santé physique et de santé mentale;
— services psychosociaux de réadaptation;
— logement;
— contact avec le milieu naturel et soutien à ce milieu comme aide naturelle;
— protection des droits;
— attribution d'un responsable de cas assurant intégration et coordination de tous les services requis pour chacune des personnes.

Le Fédé... offre un support financier et de planification aux États qui soumettent des projets de création de CSS. Ainsi, on vise une aide plus directe en atteignant les services locaux sans avoir à passer par la complexité administrative des CMHC.

Actuellement, il n'existe que quelques projets-pilotes. Leur multiplication est freinée par les restrictions budgétaires touchant le NIMH.

2.1.5 Modèle de pratique

Équipes multidisciplinaires dans les CMHC (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, aides en santé mentale).

Projet de base: le maintien dans la communauté:

la dimension sociale prime sur tout projet thérapeutique.

2.2 Dynamique du développement des ressources d'appui à la désinstitutionnalisation

— Depuis 1975, le CMHC doit recruter et administrer les ressources communautaires: hébergement, contrats avec organismes privés, fournir des soins continus dans «résidences» et appartements.

— En réalité: depuis 1980, les CMHC ont très peu de ressources financières pour remplir ce rôle. Les programmes CSS remplacent les CMHC dans ce rôle.

2.3 Structures originales

Beaucoup de variation d'un État à l'autre.

L'État de New York: exemple d'intégration de services communautaires.

— South Beach: centre psychiatrique qui développe un système de distribution de services de traitement communautaire d'hébergement.

— Nassau: quatre agences à contrat dirigent le traitement de jour sur place dans les foyers. Programme communautaire de crise. Programme de vieux compagnons, système de transport.

— Harlem Valley: centre psychiatrique créant des services communautaires avec les agences, en incluant des groupes de consommateurs devenus groupes-conseil.

— Fountain House: club de réinsertion sociale.

L'État du Massachusetts:

— Le Massachusetts Mental Health Center: sa «résidence» de transition, le Fenwood Inn. Une réponse créative au besoin d'hébergement pour les patients en transition entre l'unité de soins inten-

sifs et l'hôpital de jour. Évite l'hospitalisation pour la seule raison du manque de lieu d'hébergement.

2.4 Mécanisme de continuité

Interne - externe

Entre les structures

— Très peu de références vers le CMHC et venant du CMHC.
— Peu de relations entre distributeurs de soins de santé et services de santé mentale.
— Très peu de liens entre les CMHC et les départements psychiatriques d'hôpitaux généraux, municipaux et de comté, les agences et cliniques autonomes, les institutions privées, les bureaux privés et les hôpitaux psychiatriques d'État. Chacun fonctionne de façon autonome.

2.5 Rapport avec la médecine générale

— Peu présent.
— Peu d'omnipraticiens dans les CMHC. Plutôt dans les Centres de santé de quartier (CHC). Peu de collaboration des CMHC et CHC.
— Le médecin généraliste n'est pas une porte d'entrée nécessaire au CMHC.
— Les psychiatres voient les urgences, les crises et assument des postes de direction.
— Médecins généralistes peu associés aux soins.
— Le suivi des patients est assuré surtout par les professionnels paramédicaux.

2.6 Rapport santé - social

Entre les années 70 et 80: pour éviter duplication de services et complexité administrative, le Fédéral et des États créent des plans de coordination entre structures de santé et structures sociales — encore peu réalisée.

— Dans les structures gouvernementales fédérales, santé et social relèvent du même ministère, mais dans deux secteurs différents avec des budgets divisés.
— Les plans fédéraux et d'État de coordination des administrations santé et social se heurtent à des difficultés:
  • modes différents de fonctionnement;
  • complexité et spécialisation des bureaucraties.

— Le CMHC constitue un lieu de rencontre santé (psychiatrie) et social (services de réadaptation).
— L'expérience locale du MMHC: le travailleur social est assigné au patient dès la première visite et intégré au plan de traitement.
— Distinction théorique des rôles: professionnels sociaux: réadaptation et réintégration social; professionnels de santé: traitement thérapeutique.

2.7 Sectorisation

— 1963: division du territoire en «Catchment Area», zone de 75 000 à 200 000 habitants. Attribution d'un CMHC par zone. Notion de communauté et de centralisation de services spécifiques à cette communauté. Pas de renforcement strict de la sectorisation.
— Le Community Support System n'est pas sectorisé. Les ressources sont établies d'après la soumission des projets par les instances locales et leur évaluation par le NIMH.

3. Centralisation - Décentralisation du système

3.1 Rapport entre le privé et le public

— Système privé très développé: il continue à recevoir la majorité des consultations.
— Échec du système public à attirer la majorité de la population.
— Avec les programmes CSS, on trouve plus de contrats entre des agences gouvernementales et des agences privées.
— Privé = psychiatrie légère.
— Public = psychiatrie lourde.

3.2 Mécanismes de planification

NIMH: institut fédéral responsable, à l'origine, de la planification et de la distribution des budgets des CMHC. Maintenant, il offre plus de support financier et de planification par le biais de son modèle de programme CSS.

— Le gouvernement fédéral se retire de plus en plus depuis les années 80. La législation de 80 a donné aux États la responsabilité de la planification et de l'organisation des CMHC.
— L'aide financière fédérale aux CMHC a été transformée en «Block Grants» et les subventions totales ont été coupées de 25 pour cent.

4. Participation des communautés locales

4.1 Dans la structure

— Représentation des citoyens au comité d'administration des CMHC.

4.2 Participation volontaire

— Peu développée.

— Tout organisme ou corporation peut offrir un service qui doit être approuvé par le CMHC.

4.3 Attitudes de la population par rapport aux patients

— Résistances à voir s'installer des «résidences» pour anciens patients dans les quartiers.

— La réforme n'a pas inclu la préparation de la population.

— Très peu de services sont intégrés à la communauté: plutôt des services locaux.

5. Rapport entre réalité et modèle idéal

5.1 Éléments d'évaluation

— Taux d'hospitalisation largement diminué mais réadmissions fréquentes.

— Hôpitaux psychiatriques: grande réduction des lits: 70 pour cent, et faible réduction des hôpitaux: 2 pour cent.

Ils demeurent la seule ressource pour les patients chroniques ayant besoin d'aide 24 heures sur 24.

Insuffisance des ressources d'hôpitaux généraux pour admissions d'urgence.

— Le nombre de CMHC n'atteint pas ce qui était prévu: la moitié de la population est touchée.

— Grande variété des expériences:

- certains secteurs n'ont pas de CMHC;
- les ressources varient selon les CMHC.

— Insuffisance des ressources extra-hospitalières. Les CMHC ne peuvent pas remplir leur tâche d'implanter des services communautaires. Cette tâche est reprise par le programme CSS du NIMH.

— Échecs à répondre aux besoins des malades mentaux chroniques.

— Très peu de coordination entre ressources santé et santé mentale. Isolement des divers services.
— Le programme des CSS tente de répondre au besoin de développer des ressources de soins et d'aide communautaires aux plus démunis et gravement atteints.

Évolution

Bien qu'ils aient été créés en 1963, les CMHC ont le mandat d'assumer les soins post-hospitaliers depuis 1975.

Les CMHC ne se sont pas multipliés tel que prévu et n'ont pas assumé l'ensemble des tâches qui leur étaient attribuées. Devant la lourdeur de cette tâche de répondre à l'ensemble des besoins de la population sans avoir accès à toutes les ressources financières prévues, les CMHC ont évolué de façon plus ou moins individuelle en privilégiant une ou l'autre orientation.

Depuis 1978, la création par le NIMH du programme CSS encourage les projets locaux de soins communautaires. Cela reste embryonnaire par le nombre de projets créés à ce jour.

5.2 Facteurs de contrainte

Finances:

— Coupures importantes du financement en provenance du Fédéral. Multiplication des «Block Grants» qui rendent aux États le pouvoir administratif tout en diminuant de 25 pour cent, depuis 1980, la contribution du Fédéral.
— Les systèmes d'assurances publics (Medicare-Medicaid) encouragent le développement de ressources de type «Nursing Homes» offrant très peu de services de réadaptation.

Administration:

— Trop grande complexité des administrations santé et social. Disparité des modes de fonctionnement. Lourdeur de la bureaucratie.
— Échec de la tentative d'intégration des secteurs santé et social à l'intérieur du ministère fédéral.
— Le projet des CMHC en 1963: entreprise grandiose convenant aux moyens économiques des années 60. Ambitions demeurées mais budgets coupés lors des administrations subséquentes.

Attitudes:

— Résistance de la population à changer ses habitudes: cesser de consulter en privé pour aller au public.
— Résistance face à la présence des patients dans la communauté devant le manque de suivi thérapeutique.

5.3 Conditions à l'actualisation du modèle

— L'actualisation du modèle des CMHC tel quel est vue comme impossible par plusieurs. Les tâches des CMHC doivent être réduites pour qu'ils soient efficaces.
— Augmentation des budgets dévolus au développement des ressources communautaires: programmes des CSS.

V — Repères pour une comparaison

Les points de comparaison proposés ici concernent essentiellement les modèles sous-jacents aux politiques que chacun des pays a élaborées dans le domaine de la santé mentale. Pour l'Italie, par exemple, nous avons surtout considéré le modèle théorique de la réforme et sa concrétisation dans les «expériences avancées». Aux États-Unis, nous nous sommes basés sur le modèle proposé pour les Community Mental Health Centers ou les Community Support Systems plus que sur la multiplicité et la diversité des expériences. Nous avons cependant inclu des références à la réalité concrète lorsque cela nous semblait pertinent.

1. Le contexte sociohistorique des réformes

1.1 Continuité/rupture

Dans la majorité des pays, on peut identifier une ou plusieurs dates qui représentent des points tournants par rapport à la réforme des services psychiatriques. Ces dates nous renseignent cependant peu sur le mouvement même des réformes et sur le rapport entre ces dernières et le contexte dans lequel elles ont pris place.

Dans la majorité des pays que nous avons considérés, la réforme des services psychiatriques s'est inscrite dans un processus de continuité et est venue concrétiser un mouvement de transformation déjà à l'œuvre dans les pratiques concrètes et les courants de pensée. L'Italie se démarque ici des trois autres pays par le caractère plus radical et temporellement plus circonscrit des changements. Une première rupture était survenue en 1963 au niveau des orientations de base de la pratique psychiatrique dans certaines régions bien circonscrites. En 1978, une rupture plus fondamentale, et à portée nationale cette fois, est intervenue sur le plan législatif; elle étend à l'ensemble du territoire les expériences réalisées dans le Nord de l'Italie. La réforme a probablement été d'autant plus radicale que les services psychiatriques étaient demeurés jusqu'alors en retard par rapport à ceux des autres pays, et caractérisés à la fois par une forte institutionnalisation des patients et par une faible qualité des services. Il faut cependant ajouter que la rupture administrative de 1978 était la consécration d'une expérimentation «sur le terrain» d'une quinzaine d'années. Une première évaluation des résultats de la réforme paraît indiquer que les endroits où l'application des nouvelles politiques a connu le plus de succès sont ceux où avait déjà eu lieu un travail

préalable de transformation des attitudes et des pratiques. Ailleurs, la réforme paraît avoir eu beaucoup plus de mal à s'implanter et s'est heurtée à de nombreuses barrières.

Dans les trois autres pays, la transformation des services a été plus progressive et s'est étendue sur une plus longue période de temps. En Grande-Bretagne et en France, par exemple, des expériences-pilotes avaient été mises en place dès le XIX^{e} siècle. À la même époque, aux États-Unis, les travaux de Pinel avaient favorisé de nouvelles méthodes, plus humaines, dans le traitement des malades mentaux et invité à réformer les asiles.

Ce processus de continuité revêt cependant des formes différentes suivant les pays. La Grande-Bretagne se caractérise par le fait que la transformation des lois paraît beaucoup plus directement articulée autour du développement des expériences novatrices, en sorte qu'on peut dire que la législation soutient davantage le mouvement et le porte vers l'avant. Dans le cas des États-Unis, les réformes législatives semblent avoir eu plus de mal à s'implanter; elles ont mis en place des structures (Community Mental Health Center: CMHC) qui sont moins directement reliées aux expériences en cours. En France, on observe un décalage temporel important entre les premières formulations théoriques et leur reprise dans des circulaires; ces délais paraissent avoir entraîné un certain affaiblissement dans la mobilisation des personnes. Il faut noter que, dans ce pays, la politique de la sectorisation n'a encore fait l'objet d'aucune législation, ce qui handicape fortement sa concrétisation.

On retrouve une continuité similaire, dans les trois mêmes pays, sur le plan des idées. Dans les deux pays anglo-saxons, l'évolution des idées s'est faite progressivement et dans le sens d'une psychiatrie sociale qui accentue l'importance de l'intégration dans la communauté. En France, on observe un glissement dans les références théoriques prédominantes, au sens où les prémisses psychanalytiques prennent de plus en plus le pas sur les orientations sociales prônées par les premiers réformateurs.

1.2 Les acteurs clé de la réforme

On remarque un parallélisme frappant entre les pays en ce qui concerne les acteurs qui ont joué un rôle clé dans l'évolution des pratiques. Partout, c'est de l'intérieur même de la psychiatrie qu'est venu le mouvement de remise en cause des anciennes manières de faire. Dans tous les pays, les psychiatres à orientation sociale ont eu un rôle de leadership fondamental, au moins au début du mouvement.

De manière générale, ce rôle de leadership a été épaulé à des degrés divers selon les pays par une mobilisation des autres intervenants.

Deux raisons principales paraissent sous-jacentes au rôle crucial qu'ont joué les intervenants en psychiatrie dans les différentes réformes: le fait qu'ils se soient senti investis d'une mission de porte-parole par rapport à des personnes généralement marginalisées dans la société, et le fait également que les réformes portent essentiellement sur les modes d'intervention, domaine par rapport auquel les intervenants se sentent un savoir-faire particulier.

Des forces extérieures, situées dans la société plus large, ont souvent épaulé fortement ce mouvement de transformation interne à la psychiatrie, que ce soit par le biais de stratégies d'alliance, comme en Italie où la réforme a reçu l'appui de la gauche politique, des mouvements sociaux, des syndicats et des administrateurs locaux, ou que ce soit plus nettement par le biais de pressions exercées sur les gouvernements. En Grande-Bretagne, l'opinion publique, les réformateurs sociaux et des associations et groupes privés ont joué ici un rôle crucial; aux États-Unis, une coalition de groupes sociaux a fait du lobbying auprès du Congrès. En Grande-Bretagne, les associations privées ont joué parallèlement, et continuent à jouer un rôle de stimulation par rapport aux services, par leur implication dans des expériences novatrices qui viennent interpeller les acteurs du système.

Cet ensemble de mécanismes de pression et d'alliance assure une plus grande assise aux mouvements de réforme et il pourrait être une des conditions clé qui permettent aux réformateurs psychiatriques de faire adopter les projets de réforme.

Dans les trois pays où la réforme des services psychiatriques possède déjà une certaine histoire, on a par ailleurs observé, au cours de ces dernières années, une complexification et une bureaucratisation croissantes de la gestion des services psychiatriques; une tendance analogue serait perceptible «en mineur» en Italie, moins accentuée en raison de la jeunesse relative de la réforme et de la faiblesse des traditions administratives. Cette intervention de la bureaucratie, avec des visées de péréquation, planification, coordination et surveillance, est sans doute en partie inévitable et même souhaitable sous certains aspects. Elle comporte cependant des risques sérieux lorsqu'elle tend à devenir envahissante: celui de démobiliser les intervenants, celui d'une lourdeur croissante des procédures et celui d'un porte-à-faux des mesures administratives par rapport à la réalité concrète.

2. Le cadre politico-administratif des réformes

2.1 L'idée de territorialité

Dans l'ensemble des pays, les réformes des services psychiatriques ont affirmé l'importance d'un lien entre services et territoire géographique; une philosophie sous-jacente de sectorisation se retrouve ainsi un peu partout. Cela signifie qu'une équipe psychiatrique multidisciplinaire se voit confier un territoire dans le but de garantir la responsabilité totale de l'équipe par rapport à un bassin de population et d'assurer une meilleure adaptation des services aux réalités locales. Cette territorialité de la pratique psychiatrique doit aussi permettre un rapprochement entre les services psychiatriques et les communautés, favoriser les processus de réintégration et participer à la déségrégation des patients psychiatriques et des services. Elle devrait permettre une série de stratégies d'alliance avec des ressources non psychiatriques du territoire, en même temps qu'une plus grande articulation entre actions préventives et curatives. Par ailleurs, certains ont insisté sur la nécessité de tenir compte de la mobilité des populations urbaines pour définir les modalités d'une pratique sectorielle dans les grandes métropoles.

L'étendue du territoire couvert par «l'équipe de secteur» varie. En Grande-Bretagne, par exemple, l'option a été de placer davantage de psychiatres dans un territoire plus grand dont ils sont responsables, ce qui permettrait plus de flexibilité en matière de choix réciproque thérapeute-patient. Ailleurs, la délimitation de territoires plus petits a pour objectif de favoriser une articulation maximale entre les services psychiatriques et des dynamiques locales.

De manière générale, la sectorisation n'est pas conçue de manière rigide. Elle est censée opérer un effet de contrainte sur l'équipe qui ne peut refuser aucune personne de son territoire, plus que sur le patient qui demeure, en principe, libre de son choix. Dans le concret, cette liberté est relative puisque les équipes ou structures qui ne sont pas attachés au territoire du patient peuvent toujours invoquer un manque de place et refuser de le recevoir. De manière générale, le rattachement des équipes à un territoire est conçu comme un instrument permettant d'améliorer la pratique plus que comme une finalité en soi.

Si l'on considère les critères du découpage territorial, on note un peu partout un manque d'harmonisation entre les territoires découpés dans les secteurs scolaire, juridique, social...; ceci a un effet de contrainte non négligeable sur les possibilités de coopération interchamps et complexifie grandement le travail quotidien. On peut pen-

ser que le fait que les services de santé ne soient généralement pas sectorisés, ou le soient d'une manière qui ne recouvre pas la sectorisation des services de santé mentale, se répercute dans les difficultés d'articulation entre les services de santé mentale et tout le secteur des soins de santé primaire.

2.2 Les mécanismes de décentralisation

Les pays ont mis en place un cadre politico-administratif qui sous-tend le fonctionnement du système. Les modèles organisationnels qui prévalent dans chacun d'eux ne prennent sens que par rapport au cadre sociopolitique plus large qui les caractérise et par rapport à un certain contexte historique. Aucun modèle n'est donc directement exportable dans un autre pays. Il demeure cependant intéressant d'examiner les données disponibles pour chercher à comprendre comment fonctionnent dans chaque cas des mécanismes de centralisation et de décentralisation ainsi que, de façon complémentaire, la place qui y est faite à la diversité et au pluralisme.

Partout, on observe une tendance affirmée vers une décentralisation. C'est, de manière générale, l'État qui définit les orientations générales des politiques et distribue à des échelons inférieurs de la hiérarchie politico-administrative des enveloppes budgétaires qu'ils ont alors le devoir de gérer.

En Italie, la région a un pouvoir au niveau législatif (lois et règlements régionaux) et exécutif. C'est elle qui est chargée de la planification et de la programmation régionales et qui distribue aux Unités sanitaires locales (U.S.L.) l'enveloppe budgétaire régionale qu'elle reçoit de l'État. L'U.S.L., organe politico-administratif local qui comprend des élus locaux, planifie, gère et coordonne l'ensemble des services de santé pour le bassin local de population. Chaque U.S.L. organise dès lors les services, y compris les services psychiatriques, à sa manière et en fonction des besoins locaux et de ses propres orientations; chacune des U.S.L. a un ou plusieurs centres de santé mentale qui disposent eux-mêmes d'une assez grande autonomie dans l'organisation des services. En Italie, planification, programmation et péréquation en sont à leur début, en sorte que les mécanismes d'une technocratie planificatrice sont seulement en train de se mettre en place; pour le moment, la faiblesse des administrations centrale et régionale s'accompagne parfois d'un renforcement du pouvoir des instances locales.

En France, c'est le département qui possède le rôle clé dans le domaine de la gestion des services. Chaque département comporte plusieurs secteurs de psychiatrie. C'est à ce niveau que sont plani-

fiés et coordonnés les services, tant dans le domaine psychiatrique que dans celui de la santé physique et des services sociaux. C'est le département qui distribue les enveloppes budgétaires dans le cas de l'extra-hospitalier. Le financement de l'intra-hospitalier relève quant à lui de la Direction de la Sécurité sociale au Ministère mais la négociation du montant des «prix de journée» de chaque établissement se fait également au niveau du département. Deux structures principales interviennent: la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, organisme administratif dirigé par le préfet qui est un représentant de l'État, et le Conseil général composé des élus locaux. Ce dernier a un rôle central dans les décisions relatives à l'allocation des fonds et au développement de nouvelles structures; la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales possède aussi sa propre enveloppe budgétaire et a une influence importante auprès du Conseil général. Certaines structures sont enfin directement financées par l'État, à titre expérimental. En amont du département, la région, qui regroupe plusieurs départements, joue un rôle conseil par rapport au département, notamment en ce qui concerne la création de structures et certaines attributions de budget. En aval, le département finance aussi bien les structures et programmes extra-hospitaliers qui relèvent directement de l'équipe de secteur qu'une partie importante des associations semi-publiques ou privées du type Loi-1901. Une coordination entre l'ensemble des ressources existant sur un territoire est censée se faire au niveau du secteur. Elle se réalise toutefois peu dans les faits en raison des rivalités qui continuent d'exister entre les différents acteurs, d'habitudes de pratique différentes et en raison de la non-création de l'organe de coordination prévu au niveau du secteur dans la circulaire sur la sectorisation. Jusqu'a récemment, l'État remboursait au département 83 pour cent de ses dépenses dans ce domaine. Devant l'importance des disparités locales, il a repris en main, au moins provisoirement, le contrôle décisionnel et financier pour l'allocation des fonds dans le domaine de la santé mentale, et cela depuis 1984.

En Grande-Bretagne, le financement est la responsabilité de l'État, mais l'allocation et la gestion des budgets se font localement, au niveau du district; services de santé et services de santé mentale relèvent tous deux des services de santé du district. Il faut noter que cette échelle administrative correspond au territoire du «secteur» desservi par l'équipe de psychiatrie. En amont, le rôle de la région (qui compte plusieurs districts) dans le processus de planification s'est vu renforcé ces dernières années. L'intervention de ce palier administratif amène une plus grand formalisation des interrelations entre expériences et

structures plus locales. Le renforcement du rôle de la région, qui est contrôlée par le Ministère, indique ici également une certaine volonté de recentralisation de la gestion des services entre les mains de l'État. Il faut noter qu'en Grande-Bretagne, la recherche d'un consensus entre les différents paliers est centrale et s'effectue par le biais d'échanges continus et réciproques d'informations entre niveaux national, régional et du district; ceci favorise un ajustement réciproque entre philosophies et actions concrètes. Cependant, la nouvelle structure paraît complexifier la prise de décision et diluer les responsabilités.

Aux États-Unis, un premier mouvement de centralisation a fait relever du Fédéral la nouvelle structure des Community Mental Health Centers; l'idée était de rendre ensuite progressivement la responsabilité des Community Mental Health Centers aux États et aux zones. Ce transfert de responsabilités a effectivement eu lieu en ce qui concerne les États, à travers le système des «Block Grants». Dans les faits, les conditions de ce transfert ont impliqué une diminution dramatique des moyens financiers attachés au fonctionnement des nouvelles structures. La promotion du nouveau système des Community Support Systems, financés par le biais de fonds alloués aux États par le National Institue for Mental Health, représente une forme de recentralisation du financement. Ce programme des Community Support Systems devrait permettre la mise en place de services plus diversifiés et moins coûteux que ceux offerts par les Community Mental Health Centers; dans ce domaine comme dans d'autres, les États-Unis demeurent par ailleurs caractérisés par la diversité.

Partout donc, un souci affirmé de décentralisation commande l'organisation politico-administrative des services psychiatriques. Par ailleurs, dans chacun des pays, on reconnaît l'importance d'un certain nombre de fonctions qui peuvent être confiées à des instances différentes selon les pays:

— la nécessité de définir des orientations générales, responsabilité qui est partout confiée à l'État;
— l'importance d'efffectuer une planification et une coordination dans la création des ressources, fonction qui peut être jumelée ou non avec celle du financement;
— l'importance de coordonner localement les ressources en place;
— l'intérêt d'une articulation autour des instances politico-administratives locales, soit essentiellement les municipalités et les élus locaux; ces instances participent, à des degrés divers, aux décisions relatives à l'allocation des fonds et aux orientations de base.

2.3 Diversité et pluralisme; l'articulation au niveau local

On reconnaît également de manière générale l'importance de préserver ou d'encourager la diversité dans la mise en place de ressources concrètes sur un territoire déterminé, afin d'assurer une plus grande adéquation entre les services et les caractéristiques des populations locales.

L'implication des élus locaux et des municipalités dans les décisions relatives à la gestion et au financement des ressources a été l'un des mécanismes utilisés dans ce cadre. Son efficacité concrète a largement dépendu du degré de réceptivité des élus locaux ou des instances locales face aux problématiques psychiatriques; leur attitude fait que les relations des instances locales avec les services psychiatriques se font dans le sens d'alliances ou de conflits.

On s'entend donc dans tous les pays pour reconnaître de tels mécanismes d'articulation des services autour des instances politico-administratives locales, mais on se rend compte simultanément des pièges et des limites dans la mesure où diversité et inégalité vont souvent de pair. C'est ce dernier processus qui explique, au moins en partie, la tendance actuelle vers une certaine recentralisation, dont nous avons parlé plus haut.

On peut considérer que le rapport entre systèmes public et privé fournit une autre mesure du degré de pluralisme et de diversité du système. Les deux situations extrêmes sont ici celle de l'Italie et celle de la Grande-Bretagne. En Italie, le système public est nettement à l'avant-plan de la réforme des services psychiatriques; le privé (cliniques, foyers) demeure néanmoins présent et remplit à plusieurs endroits le rôle d'une soupape par rapport à un système public incomplet (en ressources intermédiaires surtout). Depuis les années 80, on observe par ailleurs un développement accéléré de ce que l'on pourrait appeler le «privé léger» et une montée du «privé social» comme les coopératives de travail ou de services dans le domaine sociosanitaire. En Grande-Bretagne, par contre, les associations privées et organismes sans but lucratif ont de tout temps joué un rôle clé, à la fois en stimulant l'évolution du système public et en le complétant.

En France et aux États-Unis, les deux systèmes existent davantage en parallèle. Dans le cas de la France, la démarcation entre privé et public se fait de plus en plus ténue et des passages fréquents entre les deux systèmes interviennent; ainsi, la création d'associations-Loi 1901 (sans but lucratif) constitue une stratégie fréquemment utilisée par les équipes de secteur elles-mêmes pour obtenir du financement leur permettant de développer leurs ressources extra-hospitalières, tandis que les services «privés» sont de plus en plus couverts par les

Caisses d'assurance-maladie. Cette interpénétration entre public et privé est présentée comme une source de pluralisme essentielle pour le système français; la circulaire de 1972 invite à une coordination des différentes ressources plus qu'à la dominance du système public. Dans le cas des États-Unis, il n'existe à peu près pas d'articulation entre systèmes privé et public. Il faut noter que, dans ce pays, l'expansion du système privé est l'une des conséquences les plus directes de la philosophie de l'administration actuelle.

3. Le modèle psychiatrique préconisé

3.1 Des modèles orientés vers la désinstitutionnalisation

Partout, les pratiques traditionnelles d'internement sont remises en question et l'on prône une désinstitutionnalisation du traitement des problèmes psychiatriques. Ceci implique une remise en cause de l'hôpital psychiatrique, qui s'opère toutefois à des degrés divers suivant les pays. Partant du principe que l'hôpital psychiatrique est antithérapeutique en soi, l'Italie et la Grande-Bretagne ont opté pour sa disparition: à court terme, en Italie, par l'intervention d'une loi; graduellement et à plus long terme en Grande-Bretagne, et en s'assurant que les fonctions asilaires demeurent remplies au niveau local, sous des modalités différentes. En France et aux États-Unis, c'est davantage l'asile dans sa forme actuelle que l'on reconsidère, en s'interrogeant sur la manière de le limiter, de le modifier et de l'insérer dans un ensemble plus large de services et de structures.

C'est en Italie que le désir de supprimer l'hôpital psychiatrique s'est fait le plus radical. Cette orientation a été sanctionnée par une loi qui a décidé de l'arrêt des admissions en hôpital psychiatrique. En Grande-Bretagne, la suppression des hôpitaux psychiatriques devrait se faire de manière plus graduelle, au fur et à mesure que se développe d'autres structures. On insiste particulièrement dans ce pays sur la nécessité de s'assurer que les différentes fonctions traditionnellement remplies par l'hôpital psychiatrique soient effectivement assumées par d'autres ressources avant de décider de la fermeture; on favorise le déplacement de la psychiatrie vers des hôpitaux généraux insérés dans toute une gamme de ressources diversifiées.

Aux États-Unis, sans supprimer les hôpitaux psychiatriques, on prône leur limitation; les Community Health Mental Centers et, actuellement, les Community Support Systems devraient jouer un rôle crucial dans ce processus. En France, l'effort principal s'est porté sur l'ouverture de l'hôpital psychiatrique à la communauté, par le biais

de la sectorisation des Unités d'hospitalisation et par le développement d'une pratique psychiatrique extra-hospitalière en continuité avec l'intra-hospitalier.

Dans les faits, on observe un peu partout, sauf en France, une baisse spectaculaire de la population asilaire depuis la mise en place des réformes; en Italie et aux États-Unis, le rythme de dimunition de la population hospitalisée en psychiatrie varie néanmoins fortement suivant les régions.

Il est important de réaliser que cet indicateur demeure largement insuffisant pour permettre de définir la réalité de la désinstitutionnalisation à l'heure actuelle.

Du côté du système, il faut compléter les données sur la population hospitalisée par un examen du nombre des réadmissions et de leur croissance éventuelle au fur et à mesure que diminue la longueur des séjours à l'hôpital. Il faut aussi pouvoir recueillir des données fiables et comparables sur les mouvements de population qui s'opèrent dans des institutions parallèles, comme les prisons ou les hôpitaux à haute sécurité. Il faut enfin tenir compte de ce que l'on appelle la «transinstitutionnalisation» des patients psychiatriques, car la sortie de l'hôpital psychiatrique peut signifier dans les faits un simple transfert vers d'autres types d'institutions dans le milieu, comme des «Nursing homes», des pavillons ou des familles d'accueil. Ces institutions dans la communauté peuvent être moins bien équipées et, sous certains aspects, plus aliénantes pour les patients que certains hôpitaux psychiatriques traditionnels.

Du côté des patients, il faudrait pouvoir examiner quel est leur devenir réel dans la communauté et ce que représente dans le concret pour eux la sortie de l'institution. Dans ce contexte, il serait important de tenir compte d'autres types d'indicateurs touchant davantage à la qualité de vie, aux rapports avec l'entourage, avec la communauté et avec les services. Malheureusement, on ne dispose guère d'indicateurs objectifs de cet ordre qui permettraient de mieux faire le point sur les implications spécifiques de diverses politiques de désinstitutionnalisation sur les patients psychiatriques eux-mêmes.

3.2 Les moyens généralement privilégiés

Partout, les nouvelles structures mises en place ont essentiellement visé les personnes présentant les problèmes psychiatriques les plus lourds, soit par principe, soit en raison de la limitation des ressources disponibles. Cette priorité, de principe ou de fait, donnée aux cas les plus lourds se présente comme un élément constant qu'il nous paraît important de souligner.

1) Comme on pouvait s'y attendre , le développement de structures extra-hospitalières a représenté partout un élément clé dans les stratégies visant à permettre la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques. On parle ainsi d'un redéploiement des ressources et programmes vers la communauté. On peut dire que le degré d'échec ou de réussite des réformes dépend largement du degré de développement qu'ont atteint les structures extra-hospitalières dans les domaines de l'hébergement, du travail et de l'occupation du temps.

La manière de concevoir de telles structures varie cependant suivant les endroits. Certains mettent l'accent sur la nécessité de les insérer le plus possible dans le milieu naturel; d'autres visent plutôt avant tout la création de milieux thérapeutiques ou de lieux d'accueil pour des personnes qui ont beaucoup de mal à trouver une place dans la société.

En Italie, on souligne le rôle de la famille et les pratiques de soutien à celle-ci. On met aussi l'accent sur l'intérêt de structures «non ghettoïsantes» (qui ne soient pas réservées à des patients psychiatriques et qui soient le mieux possible insérées dans le milieu naturel), comme des coopératives de travail ou des centres d'hébergement mixtes. Par ailleurs, la création de ressources intermédiaires et «alternatives» (d'hébergement et de traitement) comme solution de rechange à l'hôpital psychiatrique a été, dans la plupart des régions, largement insuffisante, ce qui explique en grande partie les difficultés de la réforme.

En France et en Grande-Bretagne, on insiste de manière prioritaire sur le développement de structures plus petites et plus humaines que l'hôpital, où les personnes présentant des problèmes psychiatriques lourds puissent vivre au moins temporairement dans des conditions émotionnelles et matérielles favorables, dans un milieu de quelque façon protégé contre les réactions sociales négatives à l'égard des problèmes psychiatriques. Le désir de réinsérer les patients dans des milieux de vie «ordinaires» demeure par ailleurs important partout.

2) Un deuxième trait commun aux programmes qui sous-tendent la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques dans les différents pays est que les équipes psychiatriques jouissent d'un appui hospitalier au sens où elles peuvent avoir recours à des ressources hospitalières, en cas de nécessité. La tendance générale est partout de localiser de plus en plus de telles unités d'hospitalisation dans des hôpitaux généraux. On observe cependant de grandes différences entre les pays. En Italie, où l'admission en hôpital psychiatrique n'est plus possible, on a ouvert un certain nombre de lits de courte durée dans les hôpitaux généraux; chaque équipe a ainsi accès à un ser-

vice de diagnostic et de traitement. En France, même si l'on parle de la nécessité de déconcentrer la psychiatrie, ce sont encore le plus souvent les hôpitaux psychiatriques, en périphérie dans le cas de Paris particulièrement, qui sont divisés en portions correspondant chacune à un secteur particulier. Des services psychiatriques non sectorisés existent également en France dans les hôpitaux généraux; dans ce cas, ils ne sont pas organiquement liés à l'équipe de secteur et n'ont pas la responsabilité d'un territoire. En Grande-Bretagne et aux États-Unis, on privilégie nettement les hôpitaux généraux dans le modèle théorique, mais les hôpitaux psychiatriques sont encore utilisés.

On peut penser que l'articulation de l'intra et de l'extra-hospitalier est plus facile à effectuer lorsque tous deux sont situés sur un même territoire que lorsqu'ils sont plus distants ou qu'un même établissement sert de ressource d'hospitalisation à plusieurs secteurs parfois relativement éloignés. Des mécanismes plus spécifiques de continuité jouent cependant un rôle essentiel ici.

3) Sur le plan de l'organisation des services, on note partout l'existence d'une structure-pivot qui oriente ou anime le processus de la désinstitutionnalisation: l'équipe de secteur en France, le Centre de santé mentale en Italie, le Community Mental Health Center, avec ou sans lits d'hospitalisation, aux États-Unis. Actuellement, dans ce dernier pays, c'est un programme, celui des Community Support Systems, qui joue le rôle clé dans le développement des ressources communautaires. La situation de la Grande-Bretagne est particulière dans la mesure où un changement important est intervenu dans les années 60. Le rôle central qui revenait auparavant aux équipes psychiatriques dans tout le développement des ressources extra-hospitalières a en effet été confié par la suite au secteur social qui était, malgré tout, moins préparé à assumer cette fonction; au niveau organisationnel, les cliniques psychiatriques externes attachées aux hôpitaux généraux conservent cependant encore un rôle important.

Les différences entre les pays sont plus nettes en ce qui concerne le type de rapports que cette structure-pivot entretient ou doit entretenir avec les autres éléments du système psychiatrique. À l'un des extrêmes, en Italie, le Centre de santé mentale a un rôle prédominant et presque exclusif pour les services offerts sur un territoire donné: il gère ou coordonne les différentes ressources et les différents niveaux de soins (bien que les rapports concrets aux Services de diagnostic et de cure soient difficiles), comme il suit et oriente le patient psychiatrique chronique dans les différentes sphères de son existence. Les relations étroites que le Centre entretient avec les communes dans les zones «progressistes» empêchent un isolement de cette structure psychiatrique ou sa «ghettoïsation».

Aux États-Unis, le Community Mental Health Center avait, de façon similaire, un rôle central pour la coordination et l'administration de tout le développement des ressources communautaires. Le système privé développe en parallèle ses propres structures, mais les initiatives qui en émanent sont, en principe, soumises à l'approbation des Community Mental Health Centers. Avec le nouveau programme des Community Support Systems, l'instance coordonnatrice varie d'un cas à l'autre.

À l'autre extrême, le rapport entre la structure-pivot et les autres programmes et ressources repose davantage sur l'idée d'un partenariat que sur celle d'une centralisation. En Grande-Bretagne, la structure-pivot est l'équipe psychiatrique attachée, soit à l' hôpital général du district, soit à un hôpital psychiatrique. C'est aussi dans ce pays que le rôle du système non public est le plus grand et le plus explicitement reconnu: il s'agit ici non de la psychiatrie privée proprement dite mais de groupes bénévoles et d'associations privées diverses qui jouent un rôle de complémentarité dans la distribution de services directs, rôle qui est fondamental pour le fonctionnement du système et qui se situe dans le prolongement des pressions exercées par ces groupes au moment des réformes. En France, la structure-pivot est l'équipe de secteur. Son partenariat avec les autres ressources est illustré par les multiples ponts existants entre psychiatrie publique, semi-publique et privée.

Toujours en rapport avec cette question des relations entre les éléments du système psychiatrique, il faut encore mentionner la formule des «case managers» mise en place aux États-Unis dans le cadre du programme des Community Support Systems. L'idée de base est que chaque patient individuel se voit affecter un responsable de cas qui l'aide à identifier ses besoins liés à la vie dans la communauté, à repérer les ressources qui leur correspondent et qui, éventuellement, l'accompagne dans ses démarches. C'est par le biais d'un rapport à cette personne-référence que peut se réaliser l'unité du système pour un patient déterminé.

Les différents modes d'articulation de la structure-pivot et des autres ressources renvoient ainsi, d'une part, à un souci de minimiser le risque d'abandon des personnes qui présentent les problèmes psychiatriques les plus lourds et, d'autre part, à un désir de maximiser la diversité et la flexibilité du système.

4) Un peu partout également, on reconnaît la nécessité de trouver des modalités d'articulation entre ce qui est proprement psychiatrique et des systèmes voisins, plus particulièrement la santé et le social. La nécessité de tisser des liens avec la médecine générale

est reconnue un peu partout mais s'actualise de manière diverse suivant les pays. Ce souci correspond à la reconnaissance de ce qu'un nombre important de problèmes psychiatriques ne donnent jamais lieu à la consultation de ressources spécialisées, mais se retrouvent chez le médecin généraliste ou dans des services hospitaliers non psychiatriques.

L'établissement de liens avec les médecins généralistes est particulièrement prôné en Grande-Bretagne, où les patriciens de médecine générale constituent la porte d'entrée générale du système. Ce dernier repose sur l'idée que le psychiatre doit agir comme consultant auprès du praticien généraliste, comme l'infirmière psychiatrique doit le faire auprès de son homologue dans la communauté. En pratique cependant, l'articulation demeure relativement minime et l'on réfère encore peu des patients vers la médecine générale après leur passage dans les services spécialisés. Aux États-Unis, l'implication des médecins généralistes dans les services psychiatriques est très faible, même dans un État comme le Massachusetts où le modèle de services prévoyait divers schémas de rapport entre les Centres de santé de quartier (CCHC) et les Centres de santé mentale (CMHC). En Italie, cette implication demeure actuellement marginale. En France, l'établissement de relations avec la médecine générale est encouragée, mais ses modalités sont laissées à la discrétion des équipes. Certaines d'entre elles, particulièrement en milieu rural, ont mis au point de véritables stratégies d'implication progressive des médecins généralistes dans la prise en charge des patients psychiatriques et attachent beaucoup d'attention à poursuivre cette collaboration après la sortie des patients de l'hôpital, tout en cherchant à rendre la collaboration aussi peu menaçante que possible pour les praticiens de médecine générale.

Une des raisons des difficultés que pose une articulation réelle des secteurs de la santé et de ceux de la santé mentale est que les services de santé relèvent souvent de la médecine libérale qui, au nom de l'impératif d'un libre choix entre patient et médecin, rejette toute idée de sectorisation. En Grande-Bretagne, le système par capitation reconnaît un lien entre un médecin et un certain nombre d'individus-clients réels ou potentiels, mais n'intègre pas réellement un principe de territorialité. Actuellement cependant, une pratique de groupe et des Centres de santé de district sont en train de se développer et sont fortement encouragés par les autorités; de tels centres rendent plus facile une collaboration avec l'équipe psychiatrique. Aux États-Unis, certains Health Maintenance Organizations intègrent des services de santé mentale. En France, étant donné le rattache-

ment fictif des activités extra-hospitalières à tout le domaine de la prévention, on observe plutôt un rapprochement entre les équipes de secteur et les dispensaires de santé publique qui s'occupent de vaccination, de santé maternelle et infantile... Le rapprochement se limite cependant généralement à une proximité physique dans un même ensemble de locaux et ne comporte guère de liens fonctionnels plus directs. En Italie, l'intégration entre les Centres de santé mentale et les autres éléments du système de santé est fort variable. Les médecins généralistes à capitation, comme en Grande-Bretagne, ne sont pas strictement identifiés à un territoire. Le degré d'intégration dépend essentiellement des dynamismes locaux.

Tout le champ de la «psychiatrie de consultation-liaison» représente une autre modalité d'articulation de la psychiatrie et du système médical plus large et concerne directement la pratique psychiatrique dans les hôpitaux généraux. Les psychiatres y agissent comme consultants pour le traitement de personnes qui présentent des problèmes de santé avec une composante psychiatrique importante, et qui sont hospitalisées dans les départements non psychiatriques de ces hôpitaux généraux. La psychiatrie de consultation-liaison s'est développée particulièrement aux États-Unis et en France, mais elle a de plus en plus d'importance partout.

Sur le plan du rapport au «social», l'idée de la multidisciplinarité des équipes psychiatriques s'est imposée partout. Sur cet arrière-plan commun, le statut réservé dans l'équipe psychiatrique aux interventions «sociales» varie fortement. En Italie et en Grande-Bretagne, où domine le courant de la psychiatrie sociale, les intervenants sociaux sont des partenaires essentiels de l'intervention. En général, c'est à eux que revient le rôle clé dans le développement des ressources spécialisées de réinsertion. En France, leur statut demeure nettement plus périphérique et tend à être encapsulé dans l'aménagement de problèmes concrets, comme les questions d'allocation financière et de logement. Sur le plan plus organisationnel, le rapport entre services psychiatriques et services sociaux demeure, dans tous les pays, généralement chaotique, mal défini et en transformation constante.

La désinstitutionnalisation des patients psychiatriques est ainsi perçue partout comme un processus complexe qui requiert une infrastructure importante en matière de ressources, ainsi que des modalités spécifiques d'articulation des ressources psychiatriques entre elles et en regard des systèmes connexes. L'établissement de ce type de liens ne se fait jamais sans problèmes et exige que l'on prenne soigneusement en considération les champs d'expertise et les habitudes de pratique de chacun. L'identification d'une structure-pivot devrait normalement favoriser ce processus d'intégration.

3.3 Des modèles de pratique spécifiques

En comparant les données recueillies sur les différents pays, nous avons eu l'impression que les différences essentielles entre les systèmes tiennent autant aux modèles qui inspirent la pratique psychiatrique qu'aux caractéristiques plus structurelles des systèmes.

On retrouve à nouveau un certain nombre de points communs entre les pays. Nous en retenons principalement deux qui ont des implications directes sur l'organisation des services. Le premier, qui prolonge la critique des aspects négatifs de l'asile mentionnés plus haut, est une volonté de non-ségrégation des services et interventions dans le domaine psychiatrique et, dès lors, de les rapprocher le plus possible des milieux de vie naturels.

Le second, qui veut répondre aux problèmes liés à la diversité des lieux et des structures d'intervention dans le domaine psychiatrique, est une opposition à une fragmentation de la prise en charge. Un peu partout, on privilégie une continuité des équipes, qui assure une continuité du suivi pour une même personne entre l'interne et l'externe comme entre différentes structures externes. La simple création de mécanismes de concertation ou de coordination entre des structures différentes n'apparaît donc pas comme suffisante et une continuité minimale des personnes, et donc de la relation intervenants-personnes présentant des problèmes psychiatriques, est perçue comme essentielle. Une autre dimension de cette continuité est la notion d'accessibilité. En Italie, les équipes attachées au Centre de santé mentale s'efforcent d'assurer une accessibilité maximale, 24 heures sur 24, comme le prône aussi le modèle du Community Support System aux États-Unis. En Grande-Bretagne, en Italie et partiellement en France, les visites à domicile constituent un moyen d'assurer cette accessibilité, particulièrement en période de crise. En Grande-Bretagne et à certains endroits des États-Unis, des programmes permettent aux anciens patients de revenir en visite dans leur ancienne unité d'hospitalisation, toujours dans cette même optique de continuité.

Ces deux prémisses de base, la volonté de non-ségrégation et celle d'éviter la fragmentation, ont amené plusieurs pays (France, Italie, États-Unis) à refuser ou à assouplir, du moins en théorie, la distinction classique entre services de première, deuxième et troisième lignes.

D'autre part, les différents modèles de pratique qui se mettent en place sur la base de ces prémisses générales renvoient à des conceptions de base spécifiques concernant la maladie mentale. Au ris-

que de caricaturer une réalité qui demeure toujours infiniment plus complexe que ce que nous pouvons en saisir ici, on peut dire que l'on observe deux grandes tendances.

La première, que l'on retrouve principalement en Grande-Bretagne, met fortement l'accent sur le fait que la maladie psychiatrique est une maladie comme les autres; c'est alors surtout le handicap, qui découle des problèmes psychiatriques, qui est visé par les pratiques et c'est le point de vue de la réadaptation qui domine les interventions. Cette perspective paraît avoir également été sous-jacente à toute la mise en place des Community Mental Health Centers puis des Community Support Systems aux États-Unis.

L'autre position, caractéristique de la France, tend au contraire à accentuer le caractère spécifique des problèmes d'ordre psychiatrique. Ce modèle attire l'attention sur les mécanismes inconscients et non rationnels, sous-jacents aux symptômes aussi bien qu'aux réactions qu'ils suscitent dans le milieu et l'entourage comme chez les intervenants eux-mêmes. Les pratiques qui s'alimentent à ce modèle s'inscrivent ainsi dans un paradigme thérapeutique global où la réadaptation est vue comme une conséquence des interventions plus que comme leur cible directe.

Dans la réalité des pratiques, on observe des chevauchements entre ces deux orientations.

Le modèle italien prône une position intermédiaire. Il tend à reconnaître le caractère non banal des problèmes psychiatriques et à se méfier, comme en France, de la notion de handicap et des connotations d'invalidation qu'elle peut comporter. Du point de vue des interventions, on accordait, jusqu'à récemment, une importance majeure aux besoins des patients comme personnes (sur les plans économique, relationnel, résidentiel), les activités psychothérapeutiques restant sous-développées. La tendance montante est cependant à une valorisation des activités psychothérapeutiques et à une intégration du social et du psychothérapeutique au sens étroit. On considère que les maladies mentales et leur cours sont un produit «biopsychohistorique» qui porte aussi la marque des inventions du service et des réactions sociales à l'égard de la folie. En accord avec ce principe théorique, le projet thérapeutique est unitaire: les psychothérapies au sens classique et l'action sur les besoins concrets des individus font partie d'un même projet thérapeutique global.

4. Éléments d'évaluation

Les taux d'institutionnalisation des patients psychiatriques varient suivant les pays. Nous avons vu que si l'on fait exception de la France,

on observe partout une diminution importante de la population asilaire, des admissions et de la durée des séjours, bien qu'avec des différences régionales significatives. On a par ailleurs souligné un peu partout, et particulièrement aux États-Unis, les conséquences désastreuses que peut entraîner pour les patients une désinstitutionnnalisation «aveugle»: clochardisation, abandon, exploitation. Nous avons souligné plus haut la nécessité de prendre en considération d'autres critères, dont certains sont plus qualitatifs, pour effectuer le bilan de l'impact réel des diverses réformes. L'importance actuelle des réadmissions invite aussi à inclure, dans les schémas d'analyse, la trajectoire des patients psychiatriques dans le réseau des services et, plus particulièrement, dans le réseau des services psychiatriques.

Partout, la création de structures dans la communauté, qui devraient permettre un redéploiement réel des actions vers le milieu, s'est révélée nettement insuffisante. En France, devant l'importance que continuent à revêtir les hospitalisations en psychiatrie, le gouvernement a récemment réaffirmé le principe de ce redéploiement. Il prône la fermeture d'un certain nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques et leur reconversion ainsi que la réaffectation des ressources libérées à des programmes externes. Il faut toutefois noter qu'un tel transfert ne peut pas généralement se faire directement, le coût lié au fonctionnement des hôpitaux psychiatriques diminuant beaucoup moins vite que le nombre de lits qu'ils contiennent.

Enfin, on observe également de grandes variations intra-nationales tant dans la manière dont fonctionnent les services et programmes qu'au niveau du nombre et de la gamme des ressources disponibles. Cette diversité, encouragée par la plupart des politiques dans l'optique d'une adéquation maximale entre services et caractéristiques locales, s'est avérée être le plus souvent source d'inégalités importantes; c'est partiellement sur cette base qu'il faut comprendre les tendances à la recentralisation que l'on observe actuellement à plusieurs endroits. Une réflexion sur les éléments qui sous-tendent le rapport entre diversité, pluralisme et inégalité nous paraît être l'un des enjeux clé de toute réforme des services psychiatriques.

4.1 Les barrières principales

Dans tous les pays, des problèmes importants continuent d'exister dans le domaine des services aux personnes qui présentent des problèmes psychiatriques. Partout, en effet, l'application des principes sous-tendant les réformes se heurte à certaines contraintes. Il faut en tenir compte lorsque l'on veut porter un jugement sur la valeur relative des réformes effectuées dans les différents pays.

Partout, on a relevé des problèmes liés au financement des programmes et services psychiatriques. L'insuffisance des budgets disponibles pour mettre en place une réforme effective des services a été soulignée à des degrés divers dans tous les pays. Ainsi, en Grande-Bretagne, le livre blanc *Better Services for the Mentally Ill* souligne que la mise en application complète du shéma de référence global qui est proposé ne peut se faire sans un apport supplémentaire d'argent. Cette constatation n'a pas par ailleurs empêché la diffusion du plan d'ensemble qui sert de cadre de référence aux réformes plus partielles qui se mettent progressivement en place. De manière plus générale, on observe dans tous les pays que la mise en œuvre réelle d'une politique de désinstitutionnalisation nécessite un apport, au moins provisoire, d'argent dans le système.

Toujours dans le domaine du financement, certains mécanismes de répartition des budgets ont également été décrits comme dysfonctionnels, particulièrement la qualité des modes de financement, soit entre l'intra et l'extra-hospitalier comme en France, soit entre la santé et le social comme en Grande-Bretagne. Cette dualité est source de rigidité et fait obstacle à un développement et à une transformation intégrée du système existant.

La crise économique actuelle a partout été durement ressentie et l'on observe généralement de nettes disparités intra-nationales entre les endroits dans lesquels la réforme a pu se faire avant la crise et les autres. Si les effets de la crise se manifestent dans tous les secteurs, il semble qu'ils soient particulièrement ressentis durement dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie. Ce champ apparaît rarement comme une priorité pour les politiciens et les acteurs ne semblent pas disposer de moyens de pression aussi efficaces que dans les autres secteurs. Une atmosphère de crise économique exerce encore des effets plus subtils en augmentant certaines réactions défensives et en accentuant souvent les mécanismes d'intolérance et de rejet.

L'autre barrière à la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques est plus intangible mais possède des effets au moins aussi puissants. Il s'agit des attitudes négatives que l'on continue à démontrer à l'égard des problèmes psychiatriques, de ceux qui en souffrent et , parfois, de ceux qui s'en occupent. Dans le cas des proches, on a aussi de plus en plus conscience du poids que peuvent faire peser sur toute la vie familiale les symptômes de l'un des membres de la famille, poids qui peut rejaillir en retour sur les attitudes à l'égard des patients. Pour une certaine partie de la clientèle, les possibilités de soutien à la famille semblent être un élément crucial dans l'efficacité des services.

Il apparaît essentiel de tenir compte de cet aspect relationnel de la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques et des multiples composantes des réactions en jeu, réactions qui paraissent demeurer relativement peu accessibles à de simples campagnes d'information. Dans plusieurs endroits, comme dans certaines zones «avancées» d'Italie, les équipes ou certains groupes sociaux s'efforcent de sensibiliser, de mobiliser et d'informer la population vivant sur un petit territoire. Une grande présence de l'équipe sur le terrain et sa disponibilité en cas de crise constituent, semble-t-il, des éléments essentiels de l'intervention de milieu.

Du côté des intervenants, on souligne dans tous les pays les effets de freinage que peuvent provoquer certaines habitudes de pratique et manières de faire. On a mis l'accent sur la nécessité d'une formation adéquate, mais aussi sur l'intérêt d'une formation continue et de la création de mécanismes permettant à l'équipe un travail sur ses propres réactions et comportements.

On note aussi dans tous les pays une dénonciation du dysfonctionnement administratif (fragmentation des responsabilités, manque de coordination, bureaucratisation excessive à tous les niveaux) qui aboutit à des phénomènes d'inadaptation aux besoins réels, de sous-productivité et de démotivation.

Sur le plan politique, on a aussi souligné les difficultés liées à un manque de soutien des forces politiques. Les gouvernements jouissent peu actuellement du consensus politique qui serait nécessaire pour se lancer réellement dans des réformes sociales d'envergure: dans tous les pays, la perte de vitesse des partis de gauche freine la mise en place des structures permettant une actualisation des réformes.

Ces différents types de barrières sont profondément interreliés. Ainsi, les attitudes négatives qui continuent à exister par rapport aux patients psychiatriques se conjuguent aux effets de la crise économique dans les problèmes de financement que l'on observe partout. Les services psychiatriques sont rarement perçus comme une priorité, particulièrement en période de restriction. En outre, ils ne peuvent profiter de la pression qu'exerce tout le développement technologique actuel en faveur de l'augmentation des budgets, comme c'est le cas dans d'autres secteurs de la médecine. C'est ce qui explique que la psychiatrie se retrouve en mauvaise posture partout, lorsqu'il s'agit, par exemple, de répartir entre différents départements le budget global d'un hôpital général.

Conclusion

Problèmes, enjeux et perspectives

Les éléments de comparaison qui ont été présentés montrent des points de convergence importants entre les différents pays que nous avons examinés: convergence au niveau des questions posées, convergence aussi à celui de certaines options de base dans les solutions adoptées. Des divergences importantes existent également. C'est sur cet arrière-plan commun que prennent place les solutions concrètes que chacun des pays a mises en place en fonction d'options théoriques, sociopolitiques et administratives spécifiques.

C'est à partir de ces points de convergence et de divergence que l'on peut interroger les systèmes de services existant et les projets de réforme, attirer l'attention sur certains enjeux clé que l'on ne peut esquiver, inviter à des choix éclairés quant aux modèles que l'on veut adopter. Pour faciliter cette reprise critique des enjeux d'une réforme des services psychiatriques, nous reprenons ci-dessous un résumé des points principaux qui se dégagent de l'étude des quatre pays que nous avons considérés.

Problèmes/enjeux	Perspectives
— Continuité/ rupture	Importance d'une articulation des réformes psychiatriques sur des réflexions et des expérimentations préalables réalisées «sur le terrain».
— Acteurs clé	Les réformes se sont appuyées sur deux piliers principaux dont l'importance varie selon les pays: un mouvement qui vient de l'intérieur des services psychiatriques et dans lequel les psychiatres ont un rôle clé en termes de leadership, tout en étant épaulés par les autres intervenants, et un ensemble de forces extérieures (groupes sociaux, associations...) qui soutiennent et contribuent à orienter le mouvement par des mécanismes de pression et d'alliance. Dans un deuxième temps, l'institutionnalisation des réformes a naturellement entraîné l'implication croissante des instances politico-administratives.

— Idée de territorialité

L'idée d'un lien entre les services psychiatriques et un territoire géographique se retrouve partout; ceci implique une responsabilité des équipes par rapport à un territoire géographique et permet une meilleure intégration des services dans les réalités locales; d'autre part, les modèles de sectorisation examinés insistent sur l'importance de la flexibilité dans les applications concrètes. Un manque d'harmonisation entre les territoires découpés dans différents champs (psychiatrique, scolaire, juridique, social...) paraît partout être source de problèmes.

— Centralisation/ décentralisation

On observe un peu partout une forte valorisation de la décentralisation (en termes de programmation/gestion et partiellement en termes de financement). Les inégalités qui découlent de cette décentralisation amènent par ailleurs actuellement différents pays à s'interroger sur l'opportunité de recentraliser certaines fonctions.

Diversité et pluralisme sont deux qualités dont on reconnaît généralement l'importance; la territorialité des services, leur articulation sur des instances politico-administratives locales et diverses formules de lien entre systèmes public et privé permettent de concrétiser ces orientations.

— Moyens pour la désinstitutionnalisation

Une remise en cause de l'hôpital psychiatrique intervient partout.

Particularités:

— certains pays visent sa disparition à court ou moyen terme (Italie, G.-B.);

— certains pays visent sa transformation, sa limitation, son ouverture (France, É.-U.).

Partout, on donne priorité, par principe ou de fait, aux cas les plus lourds.

Rôle clé des structures extra-hospitalières; dans les faits, des lacunes sur ce plan (en quantité et en qualité) expliquent les échecs et les demi-succès.

Particularités:

— certains mettent l'accent sur la réinsertion au travail (Italie);

— certains mettent l'accent sur des structures de transition (G.-B., France).

Les équipes psychiatriques sont épaulées par des ressources d'hospitalisation que l'on a tendance à localiser dans les hôpitaux généraux. Dans le concret, les hôpitaux psychiatriques sont aussi retransformés et conservent une place variable selon les systèmes.

Généralement, une structure-pivot oriente ou anime le processus de la désinstitutionnalisation.

Particularités:

Deux stratégies d'articulation de la structure-pivot et des autres ressources:

— *centralisation*:
le Centre de santé mentale gère ou coordonne l'ensemble des services sur un territoire (Italie); risque d'abandon minimisé;

— *partenariat*:
les différentes ressources (publiques et privées) sur un territoire se coordonnent librement entre elles (France et G.-B.); diversité et flexibilité du système maximisées.

Rôle essentiel des mécanismes de continuité entre l'intra et l'extra-hospitalier, pour la qualité des services; tendance à privilégier la continuité des équipes plutôt que les aléas de la coordination.

Particularités:

— accessibilité des équipes psychiatriques 24 h/24 (Italie);

— visites à domicile (G.-B., France);
— visites des patients externes dans les unités d'hospitalisation (G.-B. et É.-U.).

Articulation du système psychiatrique et des systèmes voisins:

— Reconnaissance universelle de la nécessité de développer des liens avec la médecine générale.

Particularités:

— en Italie et aux États-Unis, les pratiques restent encore embryonnaires;
— en France et en Grande-Bretagne, les stratégies d'implication des médecins généralistes et un travail de consultation-liaison se multiplient; ce dernier est aussi important aux États-Unis.
— Articulation avec le social: l'idée de la multidisciplinarité des équipes s'affermit; au plan organisationnel, l'intégration avec le secteur des services sociaux est partout difficile.

Particularités:

— caractère central de l'action des intervenants sociaux par rapport à l'intervention psychiatrique en Italie et en Grande-Bretagne;
— rôle plus périphérique en France.

— Modèles de pratique

Partout, on observe une volonté de non-ségrégation des services et des interventions.

Les modèles de pratique sont inspirés par des conceptions de base concernant les problèmes de santé mentale.

Particularités:

— pôle insistant sur la notion de handicap (G.-B. et É.-U.);
— pôle insistant sur le caractère spécifique des problèmes psychiatriques (France, Italie);
— insistance sur les besoins des patients comme personnes (biopsychosocial) (Italie).

— Barrières

— Financement:

— insuffisance générale des budgets, accentuée par la crise économique, particulièrement pour le développement de ressources dans la communauté;
tendance actuelle: appel au bénévolat, pression pour la reconversion de certaines ressources, pression des intervenants en psychiatrie, pression des associations de patients et de familles;

— fragmentation ou dualité des modes de financement qui font obstacle à une planification intégrée des services.

— Attitudes négatives:

— de l'entourage, de la société, des intervenants;

— parallèlement, conscience croissante du fardeau qui pèse sur les familles.

Particularités:

— en Italie, les réformateurs soulignent le rôle indispensable d'un nouveau mode d'intervention des ressources afin de modifier les attitudes sociales;

— aux États-Unis, campagnes d'éducation populaire, associations de défense des malades.

— Habitudes de pratique des intervenants, qui demeurent souvent en retard par rapport aux orientations prônées par les réformes; dans ce contexte, on souligne l'importance d'une formation continue.

— Dysfonctionnements administratifs qui provoquent un ensemble de conséquences négatives.

Tendance: mises en cause de la complexité et de la fragmentation bureaucratique.

— Faiblesses au niveau politique: manque de consensus social et politique; dans tous les pays, les tendances néo-conservatrices constituent un frein aux réformes sociales, dont les réformes psychiatriques.

Bibliographies

I — Bibliographie relative à l'expérience de la France

A.M.P.S. Association médico-psycho-sociale. *Articulation de la folie à la totalité du système social. 1re partie: Rapport de recherche* (manuscrit), 1983, 587 p.

Antoine, J.-M. «Alternatives, travailleurs sociaux, institutions», dans Les alternatives en santé mentale, GRIFIC rédacteur, Montréal Québec/Amérique, 1984, 251 p.

Auby, J.-M. *Le droit de la santé,* Paris, P.U.F., 1981, 512 p.

Audisio, M. *La psychiatrie de secteur,* Toulouse, Privat, 1980, 416 p.

Ayme, J. «Psychothérapie institutionnelle et administration», *Soins: psychiatrie,* N° 9, 1981, pp. 21-25.

Ayme, J. «La loi d'orientation en faveur des handicapés. Positions syndicales», *L'Information psychiatrique,* Vol. 58, N° 3, 1982, pp. 375-381.

Baruk, H. «La remise en question des principes de l'assistance psychiatrique», *Annales médico-psychologiques,* Vol. 137, N° 5, 1979, pp. 443-454.

Becache, A. et Becache, S. «Psychothérapies en institution», *L'Information psychiatrique,* Vol. 56, N° 9, 1980, pp. 1 105-1 112.

Becache, A., Cosnier, J. et Jallade, S. «L'hôpital de jour Centre de santé mentale de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale à Lyon», *L'Information psychiatrique,* Vol. 56, N° 9, 1980, pp. 1 071-1 138.

Bouvet, M. et Ferrari, P. «La sectorisation en psychiatrie infanto-juvénile: résultats d'une enquête», *Neuropsychiatrie de l'enfance,* Vol. 30, Nos 1-2, 1982, pp. 1-7.

Bouvet, M., Royaux, J. et Ferrari, P. «Les «antennes» de secteur: mise en place et fonctionnement à Reims (secteur de psychiatrie infanto-juvénile Marne-Nord)», *Neuropsychiatrie de l'enfance,* Vol. 30, Nos 1-2, 1982, pp. 9-13.

Castel, R. «France-Italie: du malentendu à une nouvelle alliance», *Transitions,* Nos 11-12, 1982, pp. 84-94.

Castel, R. «La psychiatrie dans notre société», *L'évolution psychiatrique,* Vol. 49, N° 3, 1984, pp. 719-730.

Charbonneau, P. «La charte de la santé: première phase d'une politique», *Le concours médical,* N° 26, 1982, pp. 4 229-4 231.

Chartron, P. «Transformation du travail infirmier et formation continue», *Transitions*, N^os 11-12, 1982, pp. 190-194.

Chasseriaud, C. «Les structures intermédiaires ou le retour de l'acteur», *Transitions*, N° 19, 1984, pp. 152-160.

Clere, D. «Hôpital de jour et contrôle médical de la sécurité sociale», *L'Information psychiatrique*, Vol. 59, N° 9, 1980, pp. 1 131-1 138.

Codes de la santé publique, de la famille et de l'aide sociale, 2^e édition, Paris, Jurisprudence générale Dalloz, 1977.

Commissariat général du Plan. *Rapport de la Commission de la santé et de l'assurance-maladie (préparation du 7^e plan)*, Paris, La Documentation française, 1976.

Contejean, Y. et Plantade, A. «Les lieux thérapeutiques à temps complet dans l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile», *Neuropsychiatrie de l'enfance*, Vol. 30, N^os 1-2, 1982, pp. 15-20.

Cuny, L. «Une enquête de l'U.N.A.F.A.M.: Le devenir des malades mentaux», *Réadaptation*, N° 261, 1979, pp. 11-13.

Decros, D. «Les appartements thérapeutiques dits de réinsertion sociale, Espoir-Auvergne», *Réadaptation*, N° 261, 1979, pp. 51-54.

Doyle, M. «Some French Findings», *Nursing Mirror*, Vol. 153, N° 9, 1981, pp. 29-30.

Durand, B. «De l'enfance inadaptée à la psychiatrie de secteur: une pratique de secteur à partir d'un centre médico-psychopédagogique», *Neuropsychiatrie de l'enfance*, Vol. 30, N^os 1-2, 1982, pp. 21-29.

Dr E.L. «La santé mentale», *Le Monde*, Supplément au «Monde dossiers et documents», 122, novembre 1979.

Flavigny, H. «De l'évolution d'un service hospitalier de psychiatrie pour adolescents et jeunes vers le secteur et les structures intermédiaires», *L'Information psychiatrique*, Vol. 57, N° 2, 1981, pp. 147-168.

Foucault, M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976, 583 p.

Gasser, Y. «La réinsertion sociale des malades mentaux stabilisés», *Réadaptation*, N° 261, 1979, pp. 3-6.

Geissmann, P. et al. «Suppression de l'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile», *Neuropsychiatrie de l'enfance*, Vol. 29, N^os 8-9, 1981, pp. 421-430.

Gentis, R. «La psychiatrie publique entre la chèvre et le chou», *Revue de l'infirmière*, Vol. 29, N° 9, 1980, pp. 41-45.

Gonzalez, A. «Points de vue: l'action de la M.G.E.N. en matière de santé mentale», *L'Information psychiatrique*, Vol. 56, N° 9, 1980, pp. 1 127-1 129.

Gournilloux, R. et Rager, P. «Les appartements thérapeutiques du secteur de Bergerac», *L'Information psychiatrique*, Vol. 60, N° 3, 1984, pp. 259-274.

Grivois, H. *La psychiatrie des urgences*, Paris, Robert Laffont, 1978, 408 p.

Grivois, H. «Les urgences psychiatriques: phénomènes spécifiques», *Santé mentale au Québec*, Vol. 9, N° 1, 1984, pp. 126-132.

Grivois, H. «Scènes de chasse à Montréal», *Santé mentale au Québec*, Vol. 10, N° 1, 1985, pp. 147-149.

Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible?, numéro spécial de *La recherche*, N° 17, 1975.

Horassius, N. et Horassius, M. «La psychiatrie infantile sectorisée: approche d'un bilan réflexif en Vendée», *Neuropsychiatrie de l'enfance*, Vol. 30, N^{os} 1-2, 1982, pp. 31-36.

Houzel, D. «Les frontières de l'intersecteur», *Neuropsychiatrie de l'enfance*, Vol. 30, N^{os} 1-2, 1982, pp. 37-42.

Ingels, M. *Rapport sur les services psychiatriques en France, document de travail* (manuscrit), Québec, secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, 1984, 32 p.

Jaeger, M. *Le désordre psychiatrique. Des politiques de la santé mentale en France*, Paris, Payot, 1981, 264 p.

Karavokyros, M. «Réponse de M. Karavokyros à Robert Castel», *Transitions*, N^{os} 1-2, 1982, pp. 99-100.

Lebovici, S. «La réadaptation des malades mentaux: nouvelles structures et sectorisation», *Réadaptation*, N° 261, 1979, pp. 7-10.

Lecuyer, J., Margat, P., Riggs, E et Wattraint, G. «Hôpital de jour de l'Essor. Brèves remarques à propos de son évolution», *L'Information psychiatrique*, Vol. 60, N° 7, 1984, pp. 769-772.

Leighton, A. *Caring for the Mentally Ill People*, Cambridge, Cambridge University Press, 1982.

Léonard, M. «Enquête: Comment la France soigne ses fous», *La Vie*, N° 1 897, 1982, pp. 14-18.

Lescarbotte, M.-F. et Wattraint, G. «Les Castors»: un groupe intrahospitalier avec prise en charge à la journée de dix patients psychotiques», *L'Information psychiatrique*, Vol. 60, N° 7, 1984, pp. 721-726.

Leulier, R. et Leulier, H. «Sécurité sociale et établissements psychiatriques privés», *Annales médico-psychologiques*, Vol. 137, N^os 3-4, 1979, pp. 320-333.

Lougnon, J.-M. et Planche, R. «La sectorisation psychiatrique: enquête nationale sur 300 secteurs ou le secteur 20 ans après», *Annales médico-psychologiques*, Vol. 139, N° 7, 1981, pp. 799-818.

May, A.R. *Les services de santé mentale en Europe. Analyse des réponses à un questionnaire de l'O.M.S.*, Genève, O.M.S., 1976, 63 p.

Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. *Santé et Sécurité sociale: Tableaux, Édition 1975-1976*, Paris, La Documentation française, 1977.

Moury, R. «Le travail de secteur: une perlaboration collective», *Neuropsychiatrie de l'enfance*, Vol. 30, N^os 1-2, 1982, pp. 43-48.

O.N.I.S.E.P. «Fiche documentaire: les malades mentaux», *Réadaptation*, N° 261, 1979, pp. I-XIV.

Organisation mondiale de la santé. *Législation sanitaire: programme européen*, Copenhague, O.M.S., Bureau régional de l'Europe, 1981.

Organisation mondiale de la santé. *Services de santé en Europe. Vol. 2: Revue des pays et statistiques*, 3^e édition, Copenhague, O.M.S., Bureau régional de l'Europe, 1981, 263 p.

Orenbuch, J. *La nouvelle politique psychiatrique belge*, Bruxelles, Université libre de Bruxelles, 1981, pp. 312-314.

Pascalis, G. et al. «Urgence en psychiatrie et psychiatrie en urgence», *Annales médico-psychologiques*, Vol. 138, N° 6, 1980, pp. 676-683.

Picard, D. *Système de santé mentale en France. Document de travail* (manuscrit), 1984, 72 p.

Pouget, R., Castelneau, D., Boulet, J., Cabanettes, A.-M. et Razanajao, C. «À propos d'une pratique extra-hospitalière», *Annales médico-psychologiques*, Vol. 139, N° 7, 1981, pp. 792-798.

Reverzy, J.F. «Introduction au secteur psychiatrique, définition et historique», *Soins: psychiatrie*, N° 5, 1980, pp. 3-8.

Reverzy, J.F. «Les structures intermédiaires, un avenir pour le secteur», *Soins: psychiatrie*, N° 5, 1980, pp. 24-26.

Reverzy, J.F. «Les chemins et les pièges de la psychiatrie sociale», *Transitions*, N^os 11-12, 1982, pp. 178-182.

Reverzy, J.F. et Dameron, J.F. «Rapport sur les structures intermédiaires», *L'Information psychiatrique*, Vol. 55, N° 4, 1979, pp. 353-382.

Reverzy, J.F. et Decraene, B. «Où en sont les structures intermédiaires», *L'Information psychiatrique*, Vol. 56, N° 8, 1980, pp. 977-987.

Reverzy, J.F. et Guyader, M. «Réponses non institutionnelles aux situations de crise», *L'Information psychiatrique*, Vol. 57, N° suppl. 1981, pp. 35-53.

Riviere B. «Réponses aux situations de crise: méthodologie et évaluation», *L'Information psychiatrique*, Vol. 57, N° suppl. 1981, pp. 55-62.

Roelandt, J.L. et Martin J.-P. «Approches d'un travail alternatif en psychiatrie à travers le mouvement associatif dans le Nord de la France», *Transitions*, N^{os} 11-12, 1982, pp. 151-166.

Roche, F. «Les structures intermédiaires d'insertion par l'économie dans le secteur social», *Transitions*, N° 19, 1984, pp. 161-167.

Sans, P. «Développons les institutions intersectorielles», *L'Information psychiatrique*, Vol. 56, N° 8, 1980, pp. 1 001-1 010.

Savy, J. «Travail protégé: le C.A.T. «Pierre Doussinet» à Clermont-Ferrand», *Réadaptation*, N° 261, 1979, pp. 35-38.

Tessier, J.-F. et Léger, J.-M. «Situation actuelle et avenir de la psychogériatrie dans un secteur psychiatrique de la région de Limoges», *Gérontologie*, N° 39, 1981, pp. 52-55.

Thibodeau, D. *Approche communautaire en santé mentale. Étude théorique des positions américaine, française et québecoise* (Thèse de maîtrise), Montréal, Université du Québec à Montréal, 1976.

Troillard, A.-M. et Mathieu, P. «La législation des maladies mentales», *Soins: psychiatrie*, N° 2, 1980, pp. 11-13.

Van Eersel, P. et Dutilleux, C. «Un psy qui surgit hors de la nuit», *Actuel*, N° 68, 1985, pp. 167-169 et 224.

Veil, S. «Circulaire N° 896 AS 2 du 15 juin 1979, relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie», *L'Information psychiatrique*, Vol. 56, N° 2, 1980, pp. 223-227.

Vermorel, H. «Politique de secteur et psychothérapie institutionnelle», *L'Information psychiatrique*, Vol. 44, N° 2, 1968, pp. 131-148.

Vieillard, F. «The case of the Mentally Retarded in France (Annex II, pp. 24-30)», in *Care for the Mentally Retarded in the Community: Report on a Conference (Santiago de Compostela, 1974)*, Copenhagen, W.H.O., Regional Office for Europe, 1978.

Wattraint, G. «Fonctionnement du foyer de post-cure de l'Essor», *L'Information psychiatrique*, Vol. 60, N° 7, 1984, pp. 727-746.

II — Bibliographie relative à l'expérience de la Grande-Bretagne

Anderson, D. et Anderson, T. *The Development of the Voluntary Movement in Mental Health,* London, Mind Publications, 1981.

Anderson, David. «La santé mentale en France et en Grande-Bretagne», *L'Information psychiatrique,* Vol. 55, N° 8, 1979, pp. 875-889.

Arie, T. et Jolley, D. «The rising Tide», *British Medical Journal,* Vol. 286, N° 6 362, 1983, pp. 325-326.

Bassuk, E.L., Winter, R. et Apsler, R. «Cross-cultural Comparison of British and American Psychiatric Emergencies», *American Journal of Psychiatry,* Vol. 140, N° 2, 1983, pp. 180-184.

Bennett, D. «Deinstitutionalization in Two Cultures», *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society,* Vol. 57, N° 4, 1979, pp. 516-533.

Bennett, D. et Morris I. «Deinstitutionalization in the United Kingdom», *International Journal of Mental Health,* Vol. 11, N° 4, 1983, pp. 5-23.

Bennett, D.H. «The Camberwell District Psychiatric Services, 1964-74: the Provision of Alternatives to Mental Hospital Care», in *Alternatives to Mental Hospital Treatment,* ed. Stein, L.I. et Test, M.A., New York, Plenum Press, 1978, pp. 265-291.

Bennett, D.H. «Community Mental Services in Britain », *American Journal of Psychiatry,* Vol. 130, N° 10, 1973, pp. 1 065-1 070.

Bennett, D.H. «Community Psychiatry», *British Journal of Psychiatry,* Vol. 132, 1978, pp. 209-220.

Bennet, D.H. «Social Forms of Psychiatric Treatment», in *Schizophrenia: Towards a New Synthesis,* ed. Wing, London et New York, Academic Press, 1978, pp. 211-231.

Cabanel, G.P. «Tentatives de fonctionnarisation de la médecine en Grande-Bretagne», in *Médecine libérale ou nationalisée? Sept politiques à travers le monde,* Paris, Dunod, 1977, pp. 113-141.

Care of the Elderly in Britain, London, HMSO, 1974.

Carter, J. *Day Services for Adults: Somewhere to Go,* London, Allen and Unwin, 1981, 352 p.

Cooper, J.E. *La santé publique en Europe. Services d'urgences psychosociales et psychiatriques,* Copenhague, O.M.S., 1982.

Department of Health and Social Security, *Hospital Plan for England and Wales. Command. 1604*, London, MHMSO, 1962.

Department of Health and Social Security. *Health and Welfare: The Development of Community Care. Command. 1973,* London, HMSO, 1963.

D.H.S.S. *Better Services for the Mentally Ill, White Paper,* London, D.H.S.S., 1965 (Rééd. 1980).

Fisher, M., Newton, C. et Sainsbury, E. *Mental Health Social Work Observed,* National Institute for Social Work, London, Allen and Unwin, 1984.

Gordon, P. (ed.) *Professionals and Volunteers: Partners or Rivals? Report of a Seminar Organized by the World Federation for Mental Health — King's Fund,* London, 1982.

Gostin, L. *A Human Condition,* London, Mind, 1976.

Gunn, J. «Reform of Mental Health Legislation», *British Medical Journal,* Vol. 283, N° 6 305, 1981, pp. 1 487-1 488.

Hadley, R. *A Community-Based Approach to Mental Health — Problems and Potential in Working Together? Voluntary and Statutory Mental Health Services — A Report of Mind's 1982 Annual Conference,* London, Mind, 1982, pp. 16-19.

Harnois, G. *Services en santé mentale pour adultes: perspective internationale,* Montréal, 1977.

Hawks, D. «Community Care: An Analysis of Assumptions», *British Journal of Psychiatry,* Vol. 127, 1975, pp. 276-285.

Health and Personal Social Services Statistics for England, London, HMSO, 1977.

Hokenstad, M.D. Jr et Ritvo, R.A. *Linking Health Care and Social Services: International Perspectives*, Beverly Hills, Sage publications, 1982.

Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *Conference Report, Mental Health Services in General Health Care*, Vol. 1, Washington, DC, 1979.

Jones, K. *A History of the Mental Health Services*, London, Routledge et Kegan Paul Ltd., 1972.

Jones, R. «Deinstitutionalization in Context», *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, Vol. 57, N° 4, 1979, pp. 552-556.

Kane, R. et Kane, R. *Long-term Care in Six Countries: Implications for the United States*, Washington, DHEW, 1976, 197 p.

King, R.D., Raynes, N.N. et Tizard, J. *Patterns of Residential Care*, London, Routledge et Kegan Paul Ltd., 1971.

Kramer, R.M. *Voluntary Agencies in the Welfare State*, Berkeley, University of California Press, 1981.

Levin, E., Sinclair, I. et Gorbach, P. *The Supporters of Confused Elderley Persons at Home* (Extract from the Main Report), National Institute for Social Work-Research Unit (document miméographié).

Liberman, R.P. et al. «Interventions with Psychotic Behaviors», in *Innovative Treatment Methods in Psychopathology*, ed. K.S. Calhoun, New York, Wiley, 1974, 429 p.

Lubove, R. *The Professionnal Altruist: The Emergence of Social Work as a Career, 1880-1930*, Cambridge, Havard University Press, 1965.

Martin, F.M. *Between the Acts: Community Mental Health Services, 1959-83*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1984.

Martin, F.M. et Rehin, G.F. *Towards Community Care: Problems and Policies in the Mental Health Service*, London, Policy Studies Institute (P.E.P.), 1969.

Mental Health Act (1959) Elephant and Castle, London, 1960.

Mental Health and the Community, Report of the Richmond Fellowship Enquiry, London, Richmond Fellowship Press, 1983.

Mental Health Services in General Health Care, Washington, National Academy of Sciences, 1979, 207 p.

Morgan, E. «The Development of the Voluntary Movement in the United Kingdom — Questions for the Future», in *Professionnals and Volunteers: Partners or Rivals? Report of a Seminar Organized by the World Federation for Mental Health — King's Fund*, ed. Gordon, P., London, 1982.

Morris, B. «Recent Developments in the Care, Treatment and Rehabilitation of the Chronic Mentally Ill in Britain», *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 34, N° 2, 1983, pp. 159-163.

MRC Social Psychiatry Unit. *Worcester Research Team First Progress Report-Powick Hospital Worcester*.

National Association for Mental Health. *Care in the Community: Keeping it Local* (Annual Conference), London, MIND, 1983.

National Association for Mental Health. *The Future of the Mental Hospitals* (Annual Conference), London, MIND, 1980.

National Association for Mental Health. *Life After Mental Illness? Opportunities in an Age of Unemployment* (Annual Conference), London, MIND, 1984.

National Association for Mental Health. *Manifesto for a New Mental Health Service. Common Concern*, London, MIND, 1983.

National Association for Mental Health. New *Directions for Psychiatric Day Services*, London, MIND, 1980.

National Association for Mental Health. *Working Together? Voluntary and Statutory Mental Health Services* (Annual Conference), London, MIND, 1982.

National Institute for Social Work. *Social Workers: Their Role and Tasks*, London, Bedford Square Press, 1982, 283 p.

New Horizons in Health Care – Worcester and District Health Authority, Booklet of the Worcester Royal Informary, Newtown Branch.

Noble, P. «Mental Health Services and Legislation – An Historical Review», *Medical Science*, Vol. 21, N° 1, 1981, pp. 16-23.

Pringle, J. et Pyke-Lees, P. «Voluntary Action by Relatives and Friends of Schizophrenia Sufferers in Britain», *Schizophrenia Bulletin,* Vol. 8, N° 4, 1982, pp. 620-625.

Radical Statistics Health Group. «A Critique of Priorities for Health and Personal Social Services in England», *International Journal of Health Services*, Vol. 8, N° 2, 1978, pp. 367-400.

Reed, J. et Lomas, G. *Psychiatric Services in the Community: Developments and Innovations*, London, Crown Helm, 1984.

Reorganization Act, London, HMSO, 1974.

Richards, H. «A Local Authority Day Hospital for the Mentally Ill», *Lancet*, Vol. 1, 1971, p. 793.

Roth, M. «National Health Insurance Aspects of the Psychiatric Scene in Great Britain», *Psychiatric Quarterly*, Vol. 53, N° 1, 1981, pp. 3-20.

Royal College of Psychiatrists. *Psychiatric Rehabilitation in the 1980s Report of the Working Party on Rehabilitation – Social and Community Psychiatry Section*, 1980.

Ryan, P. «Residential Care for the Mentally Disabled», in *Community Care for the Mentally Disabled,* ed. Wing K. et Olsen, R., London, Oxford University Press, 1979, pp. 60-89.

Ryan, P. et Howett, S.H. «A Pilot Study of Hostels for the Mentally Ill», *Social Work Today*, 1976, pp, 774-778.

Sainsbury, E. *The Personal Social Services*, London, Pitman, 1982.

Sabshin, M. «Theoretical models in Community and Social Psychiatry», in *Community Psychiatry: Proceedings of a Symposium on Community Psychiatry,* ed. Roberts, S.L. et al., London, Oxford University Press, 1966, pp. 129-143.

Shepherd, M. «General Practice, Mental Illness, and the British National Health Service», *American Journal of Public Health,* Vol. 64, N° 3, 1974, pp. 230-232.

Shepherd, Michael. «Psychiatric Research and Primary Care in Britain - Past, Present and Future», *Psychological Medicine,* Vol. 12, 1982, pp. 493-499.

Sinclair, I. et al. *Networks Project: A Study of Informal Care, Services and Social Work for Elderly Clients Living Alone* (Extract from the Main Report), London National Institute for social Work, Research Unit, 1983 (document miméographié).

Sinclair, I. et Thomas, D.N. *Perspectives on Patch,* London, National Institute for Social Work, 1983.

Tantam, D. «Primary Mental Health Care in the United Kingdom», *International Journal of Mental Health,* Vol. 8, N° 2, 1979, pp. 108-129.

Tantam, D. et Burns, B. «An International Comparison of two Systems of Community Mental Health Care», *Psychological Medicine,* 1979.

Tooth, C.C. et Brooke, E.M. «Trends in the Mental Hospital Population and their Effect on Future Planning», *Lancet,* Vol. 1, 1961, p. 210.

Thomas, D.N. *Community work in the Eighties,* London, National Institute for Social Work, 1983.

Thomas, D.N. *The Making of Community Work,* London, George Allen and Unwin, 1983.

Watts, F.N. et Bennett, D.H. *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation,* Toronto, John Wiley and Sons, 1983.

Wattis, J., Wattis, L. et Arie, T. «Psychogeriatrics: National Survey of a New Branch of Psychiatry», *British Medical Journal,* Vol. 282, 1981, pp. 1 529-1 533.

Wilson, S. «Quelques notes au sujet du développement des communautés thérapeutiques en Grande-Bretagne», *L'Information psychiatrique,* Vol. 55, N° 8, 1979, pp. 927-929.

Wing, J.K. *Current Developments in Hospital and Community Services for the Mentally Ill,* London, MRC Social Psychiatry Unit, Institute of Psychiatry, 1982.

Wing, J.K. *Long Term Community Care: Experience in a London Borough,* London, Cambridge University Press, 1982.

Wing, J.K. *Mental Health Services in the United Kingdom,* London, MRC Social Psychiatry Unit, Institute of Psychiatry, 1982.

Wing, J.K. et Brown, G.W. *Institutionalization and Schizophrenia,* London, Cambridge University Press, 1970.

Wing, J.K. et Harley, A.M. *Evaluating a Community Psychiatric Service. The Camberwell Register 1964-71*, Toronto, Oxford University Press, 1972.

Wing, J.K. et Morris, B. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice,* Toronto, Oxford University Press, 1981.

Wing, J.K. et Olsen, R. (Eds) *Community Care for the Mentally Disabled*, London, Oxford University Press, 1979.

World Health Organization. *Psychiatry and Primary Medical Care. Report of Working Group*, Copenhagen, WHO, 1973.

Wykes, T. et Wing, J.K. «A Ward in a House: Accommodation for New Long Stay Patients», *Acta Psychiatrica Scandinavica,* Vol. 65, 1982, p. 315.

III — Bibliographie relative à l'expérience de l'Italie

Acta Psichiatrica Scandinavica, supplément N° 316, 1985.

Antonucci, F., Piperno, R. et Luoni, G. *Tra il dire e il fare,* Bulzoni, 1983.

Bonizzoni, Paolo. «La frontiera della salute», *Entropia,* Gennaio, 1983.

Brutti, Carlo et Scotti, Francesco. *Psichiatria e democrazia,* De Donato, 1976.

Cancrini, Luigi. «E' tempo di bilanci», *Psicoobiettivo,* 1983.

Castel, Robert. *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-analyse,* Paris, Minuit, 1981, 228 p.

Censis-Ciseff. *Indagine sulla attuazione della riforma psichiatrica e sul destigo dei dimessi dagli O.P.* Roma. Ed. Paoline, 1982.

Crepet, Paolo et al. *Fra regole e utopia: ipotesi e pratiche per una identificazione del campo psichiatrico,* Bologna, Società cooperativa Psichiatrica Democratica, 1982.

Daga, Luigi. «Ospedali psichiatrici giudiziari e sistema penitenziario», *Communication,* mars 1985.

Dell'Acqua, Giuseppe. *Non ho l'arma che uccide il leone,* Trieste, Cooperativa Editoriale.

De Salvia, Domenico. *Per una psichiatria alternativa,* Feltrinelli, 1977.

De Salvia, Domenico et Crepet, Paolo. *Psichiatria senza manicomio: epidemiologia critica della riforma,* Feltrinelli, 1982.

Gallio, G., Giannichedda, M.G., De Leonardis, O. et Mauri, D. *La libertà è terapeutica,* Feltrinelli, 1983.

Jones, K. et Poletti, Alison, «Understanding the Italian Experience», *British Journal of Psychiatry,* Vol. 146, 1985.

Legrand, Michel. «Quelques éléments pour un bilan de la situation psychiatrique actuelle en Italie», *Perspectives,* octobre 1983.

Legrand, Michel. *Confrontation avec les développements de la psychiatrie en Italie* (Conférence), février 1985.

Mollica, Richard F. «The Unfinished Revolution in Italian Psychiatry: An International Perspective», *International Journal of Mental Health,* Vol. 14, N^{os} 1-2, 1985.

Mosher, Loren R. «Radical Deinstitutionalization: The Italian Experience», *International Journal Mental Health,* Vol. 11, N° 4, 1983.

Ongaro-Basaglia, Franca. Communication, Rencontre du Réseau, Rome, mai 1984.

Onnis, Luigi. «La riforma psichiatrica italiana: un processo di rinnovamento che anticipa e segue la nuova legge», *Psicoobiettivo,* 1983.

Onnis, Luigi et Lo Russo, Giuditta. *Dove va la psichiatria,* Feltrinelli, 1980.

Pratiques de la folie, janvier 1981.

Ramon, Shulamit, «The Italian Psychiatric Reform: The Experience of Deinstitutionalizing and Restructuring a National Psychiatric Systemm», in *European Community Mental Health,*. ed. Mangan, S., London, Croom, Helm, 1985.

Riforma Psichiatrica: prima fase di attuazione, Quaderni di documentazione CNR, 1981.

Salute e territorio, N° 25, 1982.

Scotti, Francesco et Brutti, Carlo. *Quale psichiatria?,* Vols 1 et 2, Borla, 1981.

Tessier, L., Lavoie, F. et Lamontagne, Y. (Comité de la santé mentale du Québec). *La santé mentale. Prévenir, traiter et réadapter efficacement,* volume 4 — *L'efficacité de la réadaptation,* Gouvernement du Québec, 2e trimestre 1985, 123 pages.

IV — Bibliographie relative à l'expérience des États-Unis

Babigian, H.M. «The Impact of Community Mental Health Centers on the Utilization of Services», *Archives of General Psychiatry,* Vol. 34, N° 4, 1977, pp. 385-394.

Bassuk, E.L. et Gerson, S. «Deinstitutionalization and Mental Health Services», *Scientific American,* Vol. 238, N° 2, 1978, pp. 46-53.

Becker, A. et Schulberg, H.C. «Phasing Out Hospitals – A Psychiatric Dilemna», *New England Journal of Medicine,* Vol. 294, N° 5, 1976, pp. 255-261.

Berlly, Ellen. «A Viable Alternative to Re-Institutionalization of Chronic Mental Patients», *Journal N.Y.S.N.A.,* Vol. 11, N° 4, 1980, pp. 23-27.

Black, B.J. «Rehabilitation of Schizophrenia», *Psychiatric Quarterly,* Vol. 50, N° 4, 1978, pp. 307-319.

Blume, R.M. et Sovronsky, H. «Establishing a Countywide Community Support System for Mental Health Care», *Hospital and Community Psychiatry,* Vol. 32, N° 9, 1981, pp. 633-635.

Blume, R.M., Kalin, Milton et Sacks, Joel. «A Collaboration Day Treatment Program for Chronic Patients in Adult Homes», *Hospital and Community Psychiatry,* Vol. 30, N° 1, 1979, pp. 40-42.

Borus, J.F., Jonowitch, L.A., Keiffer, F., Morrill, R.G., Reich, L., Simone, E. et Towle, L. «The Coordination of Mental Health Services at the Neighborhood Level», *American Journal of Psychiatry,* Vol. 132, N° 11, 1975, pp. 1 177-1 181.

Brown, Phil. «The Transfer of Care: U.S. Mental Health Policy Since World War II», *International Journal of Health Services,* Vol. 9, N° 4, 1979, pp. 645-662.

Budson, Richard D. «Legal Dimensions of the Psychiatric Halfway-House», *Community Mental Journal,* Vol. 11, N° 3, 1975, pp. 316-324.

Campanelli, P.C., Lieberman, H.J. et Truyillo, M. «Creating Residential Aternatives for the Chronically Mentally Ill», *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 34, N° 2, 1983, pp. 166-167.

Cattill, K.M. «The Health Care Industry: A Case Study and Future Policy Issues», *Journal of Health Politics, Policy and Law,* Vol. 3, N° 4, 1979, pp. 456-468.

Collings, G.H. Jr. «Managing the Medical Care System», in *The American Health Care System,* The Conference Board Record, 1974, dossier N° 94.

Cotton, P.G., Bene-Kociemba, A. et Kelly, C.E. «A Community Program for Elderly State Hospital Patients», *Journal of Geriatric Psychiatry,* Vol. 11, N° 2, 1978, pp. 217-230.

Cotton, P.G., Bene-Kociemba, A. et Starker, L. «A Mental Health Center's Aftercare Specialty Service for Discharged State Hospital Patients», *Hospital and Community Psychiatry,* Vol. 31, N° 6, 1980, pp. 397-400.

Curran, W.J. et Harding, T.W. *Droit et santé mentale: vers une harmonisation des objectifs,* Genève, O.M.S., 1979, 182 p.

Delgado, Melvin. «A Grass-Roots Model for Needs Assessment in Hispanic Communities», *Child Welfare,* Vol. 58, N° 9, 1979, pp. 571-576.

Delgado, M. et Montalvo, S. «Preventive Mental Health Services for Hispanic Pre-School Children», *Children Today,* Vol. 8, N° 1, 1979, pp. 6-8.

Descent-Letarte, M. *Services de santé mentale – État de New York, document de travail,* Québec, secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, 1984.

Descent-Letarte, M. *Services de santé mentale au Massachusetts, document de travail,* Québec, secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, 1984.

Diamond, M.D. et Bieganowski, A.C. «A Mental Health Interaction Program in a College», *Community Mental Health Journal,* Vol. 12, N° 2, 1976, pp. 145-150.

Dorwart, R.A., Meyers, W.R. et Norman, E.C. «Effective Citizen Participation in Mental Health: Comparative Care Studies», *Public Health Reports,* Vol. 94, N° 3, 1979, pp. 268-274.

Dube, B.D., Ackerman, M.C. et Bergman, L.A. «Uses of the Shelf-Run: Group in a Child-Guidance Setting», *International Journal of Group Psychotherapy,* Vol. 30, N° 4, 1980, pp. 461-479.

Easton, Karl. «Community Residential Programs for Mentally Ill, *New York State Journal of Medicine,* Vol. 78, N° 6, 1978, pp. 920-922.

Edwards, Charles C. «The Changing Health Care System: An Opportunity Within a Crises», in *The American Health Care System,* The Conference Board Record, 1974, dossier N° 94.

Fieve, Ronald R. «The Lithium Clinic: A New Model for the Delivery of Psychiatric Services», *Current Psychiatric Therapies,* Vol. 17, 1977, pp. 189-200.

Fishman, H. *The Delivery of Mental Health Services to Minority Population: A Forgotten Issue*, Prospectus for a Series of Symposia, document inédit, 1985.

Foley, H. et Sharfstein, S.S. *Madness and Government Who Cares for the Mentally Ill?*, Washington, American Psychiatric Press, Inc., 1983.

Gaylin, S. et Rosenfeld, P. «Establishing Community Services for the Mentally Ill: A Summary of Lessons Learned», *Psychiatric Quarterly*, Vol. 50, N° 4, 1978, pp. 295-298.

Glick, I.D. et Hargreaves, W.A. «Hospitals in the 1980: Service, Training and Research», *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 30, N° 2, 1979, pp. 125-128.

Goldberg, I.D., Babigian, H.M., Locke, B.Z. et Rosen, B.M. «Role of Non Psychiatrist Physicians in the Delivery of Mental Health Services: Implications from Three Studies», *Public Health Reports*, Vol. 93, N° 3, 1978, pp. 240-245.

Goldenshon, S.S. et Fink, R. «Mental Health Services for Medicaid Enrollees in a Prepaid Group Practice Plan», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 136, N° 2, 1979, pp. 160-164.

Goldmier, J., Shore, M.F. et Mannino, F.V. «Cooperative Apartments: New Programs in Community Mental Health», *Health and Social Work*, Vol. 2, N° 1, 1977, pp. 120-140.

Grant, Ellen E. «A Model for an extended Comprehensive Emergency Screaning Service in an Urban Mental Health Care and Treatment Facility», *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, Vol. 16, N° 5, 1978, pp. 23-27.

Gudeman, J.E. et Shore, M.F. «Beyond Deinstitutionalization a New Class of Facilities for the Mentally Ill», *New England Journal of Medicine*, Vol. 311, N° 13, 1984, pp. 832-836.

Gudeman, J.E., Shore, M.F. et Dickey, B. «Day Hospitalization and Inn Instead of Inpatient Care for Psychiatric Patients», *New England Journal of Medicine*, Vol. 308, N° 13, 1983, pp. 749-753.

Gudeman, J.E. *Public Care for the Chronicially Ill: A New Model*, document inédit, 1984.

Gurian, Ben. «Mental Health Outreach and Consultation Services for the Elderly», *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 33, N° 2, 1982, pp. 142-147.

Handler, E. et Siegert, D. «Building a Network of After Care Services», *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 31, N° 3, 1980, pp. 200-203.

Haveliwala, Y.A. «The Harlem Valley Experience», *Psychiatric Quarterly,* Vol. 50, N° 4, 1978, pp. 274-277.

Ianzito, B.M., Fine, J., Sprague, B. et Pestana, J. «Overnight Admission for Psychiatric Emergencies», *Hospital and Community Psychiatry,* Vol. 29, N° 11, 1978, pp. 728-730.

Jerrell, J.M. et Larsen, K. «Community Mental Health Services in Transition: Who is Benefitery?», *American Journal of Orthopsychiatry,* Vol. 56, N° 1, 1986, pp. 78-88.

Kaiser, J. et Townsend, E.J. «A Community Support System's Use of State Hospitalization: Is it Still Necessary? *Hospital and Community Psychiatry,* Vol. 32, N° 9, 1981, pp. 625-628.

Kolb, Lawrence C. «The Future Shape of the Mental Health Services in the State of New York», *Bulletin of the New York Academy of Medicine,* Vol. 53, N° 7, 1977, pp. 628-643.

Krakowski, A.J. «Psychiatric Consultation for the Geriatric Population in the General Hospital», *Bibliotheca Psychiatrica,* N° 159, 1979, pp. 163-185.

Levine, H.D. «Some Current Issues in Primary Preventive Psychiatry», *Mental Health and Society,* Vol. 2, 1975, pp. 248-255.

Lieberman, H.J. et Winston, A. «A Social Interaction Program for Chronic Psychiatric Residents Living in a Community Residence», *Hospital and Community Psychiatry,* Vol. 29, N° 12, 1978, pp. 806-809.

Ludlow, Hope T. «Becoming the Boss's Patient», in *The American Health Care System,* The Conference Board, 1974, dossier N° 94.

Mittler, Peter. «Building Support for the Mentally Handicapped and their Families», *Health and Social Service Journal,* Vol. 88, 1978, pp. 541-542.

Morphy. M. et Platman, Stanley. «Clinical Assistant in Private Psychiatry», *New York State Journal of Medicine,* Vol. 79, N° 5, 1979, pp. 716-718.

N.Y.S.H.C.C. et N.Y.S.H.P.C. *New York State Health Plan Summary,* New York Statewide Health Coordinating Council, New York State Health Planning Commission, 1979.

Orndoff, C.R. «Transitional Housing», *Psychiatric Quarterly,* Vol. 50, N° 4, 1978, pp. 269-273.

Pena, J.J. et Rosen, B. «Tapping CETA Funds to Hire Temporary Staff for Hospital Projects», *Hospital and Community Psychiatry,* Vol. 30, N° 7, 1979, pp. 483-484.

Pepper, B., Kirshner, M.C. et Ryglewicz, H. «The Young Adult Chronic Patient: Overview of a Population», *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 32, N° 7, 1981, pp. 463-469.

Renaud, Marc. «On the Structural Constraints to State Intervention in Health», in *Health and Medical Care in the U.S.: A Critical Analysis,»* ed. V. Navarro, Baywood Publ. Company, Inc., 1977, pp. 135-146.

Revearly, M. «La désinstitutionnalisation: mythe ou réalité», *Annales médico-psychologiques*, Vol. 138, N° 3, 1980, pp. 317-324.

Rice, Cecil A. «The Pastoral Counselor in a Community Mental Health Center», *The Journal of Pastorale Care*, Vol. 30, N° 1, 1976, pp. 122-131.

Ritenis, I. «Medical and Psychiatric Services», *New York State Journal of Medicine*, Vol. 76, N° 1, 1976, pp. 106-111.

Rochaix, Maurice. «Quelques aspects actuels du système hospitalier aux U.S.A.», *Techniques hospitalières*, N° 409, 1979, pp. 45-49.

Romano, John. «Twenty-Five Years Later», *Psychiatric Quarterly*, Vol. 52, N° 1, 1980, pp. 7-22.

Rose, Stephen M. «Deciphering Deinstitutionalization: Complexities in Policy and Program Analyses», *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, Vol. 57, N° 4, 1979, pp. 429-459.

Schoonover, S.C. et Bassuk, E.L. «Deinstitutionalization and the Private General Hospital Inpatient Unit: Implications for Clinical Care», *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 34, N° 2, 1983, pp. 135-139.

Scheper - Hughes, N. «Dilemmas in Deinstitutionalization. A View from Inner City Boston», *Journal of Operational Psychiatry*, Vol. 12, N° 2, 1981, pp. 90-99.

Sherman, O.M. «Controlling Certain Health Care Costs», in *The American Health Care System*, The Conference Board Record, 1974, dossier N° 94.

Shore, Miles F. «Alternatives to Hospitalization Developped in an Urban Mental Health Center: An Overview», *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 32, N° 5, 1981, pp. 323-325.

Shore, M.F. et Shapiro, R. «The Effect of Deinstitutionalization on the State Hospital», *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 30, N° 9, 1979, pp. 605-608.

Tantam, D. et Bruns, B.J. «An International Comparison of Two Systems of Community Mental Health Care», *Psychological Medicine*, Vol. 9, 1979, pp. 541-550.

Tarail, M. «Current and Future Issues in Community Mental Health», *Psychiatric Quarterly,* Vol. 52, N° 1, 1980, pp. 27-38.

Ten Hoor, W.J. «United States: Health and Personal Social Services», in *Linking Health Care and Social Services,* London, Sage Publications, 1982.

Tessler, R.C., Birnstein, A.G., Rosen, B.M. et Goldman, H.H. «The Chronically Mentally Ill in Community Support Systems», *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 33, N° 3, 1982, pp. 208-211.

United States. Department of Health and Human Services. *Use of Health and Mental Health Outpatient Services in Four Organized Health Care Settings,* Mental Health Services Systems Reports, Series DN, N° 1, 1980.

Wallach, M.B. «The Flatbush Episode», *Psychiatric Quarterly,* Vol. 50, N° 4, 1978, pp. 278-281.

Weeks, David A. «If National Health Legislation is Enacted», in *The American Health Care System,* The Conference Board, 1974, dossier N° 94.

Weller, Charles. «Home Health Care», *New York State Journal of Medicine,* Vol, 78, N° 12, 1978, pp. 1 957-1 961.

Winston, A. et Lieberman, H.J. «Family Life in a Community Residence», *Psychiatric Quarterly,* Vol. 50, N° 1, 1978, pp. 50-54.

Zimmerman, Hope S., Turrine, Pasty, Weiss, Sue et Slepian, Lorraine. «The Mothers Centre: Women Work for Social Change», *Children today,* Vol. 6, N° 2, 1977, pp. 11-13.

Remerciements

Les auteurs de cet Avis remercient toutes celles et tous ceux qui les ont appuyés dans leur travail.

Ils adressent, en tout premier lieu, des remerciements très particuliers à *Madame Micheline Descent-Letarte,* anthropologue, au *Dr Daniel Picard,* à *Madame Monique Ingels* et à *Madame Marthe Larochelle,* psychologues, pour leur assistance dans le rassemblement de la documentation disponible sur les systèmes de santé mentale considérés, ainsi que dans le dépouillement et la présentation de cette documentation.

Ils adressent ensuite des remerciements à *Madame Marguerite Tremblay,* du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec, pour les renseignements et l'abondante documentation fournis et au *Dr Henry Kravitz,* psychiatre, de l'Hôpital général juif de Montréal, pour sa participation à leurs premières réunions.

Ils remercient de plus toutes les personnes et tous les organismes rencontrés en France, en Grande-Bretagne, en Italie et aux États-Unis pour la préparation de ce travail.

Il remercient plus précisément, dans le cas de la France,

à Aix-en-Provence:

— *Monsieur Jean Michaux,* TREMPLIN;

à Lorquin:

— au Centre hospitalier spécialisé:
  - le directeur de l'hôpital;
  - le *Docteur Alain Pidolle*;
  - le psychiatre responsable de l'intersecteur juvéno-infantile;
  - différents psychiatres et intervenants;

à Lyon:

— le *Docteur Guyotat*;
— le *Docteur Terra*;
— le *Docteur Vignat*, chef de secteur au Centre hospitalier spécialisé;

à Marseille:

— certaines équipes rattachées au Centre hospitalier spécialisé Édouard Toulouse:
  - l'équipe du centre de jour;
  - une équipe de secteur;
— au Centre hospitalier spécialisé de Valvert:
  - les autorités administratives de l'hôpital;
  - le *Docteur Bouckson*, chef de secteur et responsable de la psychogériatrie;
  - le *Docteur Estramont* et l'équipe de l'intersecteur juvéno-infantile;
  - *Monsieur Ben Poulack,* représentant de l'une des équipes de secteur adulte;
— la Direction départementale de affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône, plus particulièrement.
  - *Monsieur Delheure,* inspecteur principal chargé de la psychiatrie;
  - *Madame Gauthier,* assistante sociale, chef de section en hygiène mentale;

à Nemours:

— au Centre hospitalier de Nemours:
  - le *Docteur Flambard,* chef de secteur en psychiatrie juvéno-infantile;
  - le *Docteur Jeannine Marsaleix,* chef de secteur, et des membres de son équipe;
  - le *Docteur Silberger,* chef de secteur;

à Paris:

— le *Docteur Amboise,* Institut Larochefoucault et Centre hospitalier spécialisé de Villejuif;
— le *Professeur Bourguignon,* président de la Commission des maladies mentales et chef de secteur à l'hôpital de Créteil;
— le *Docteur Caroli,* responsable du C.P.O.A. à l'hôpital Sainte-Anne;
— le *Professeur Robert Castel,* sociologue;
— le *Docteur Bernard Chouraquis,* Syndicat de la psychiatrie;
— le *Docteur Bernard Doray,* M.I.R.E.;
— le *Docteur Marty,* médecin-chef à l'Institut de médecine psychosomatique;

— le *Docteur Tobie Nathan,* responsable de la consultation d'ethnopsychiatrie au Centre hospitalier Avicennes;
— les membres de l'équipe travaillant au foyer de déchronicisation de Soisy;
— le *Docteur Stoleru,* Centre hospitalier spécialisé Avicennes;
— le *Docteur Marie Odile Supligeau,* psychanalyste;
— une équipe de secteur rattachée à l'hôpital spécialisé en psychiatrie de Villejuif.

Dans le cas de la France, ils remercient en outre le *Dr Jean-Philippe Amboise* ci-haut nommé et le *Dr Henri Grivois,* Chef du Service de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui ont bien voulu relire le texte ou une partie du texte sur l'expérience de la France et leur faire part de leurs remarques et commentaires.

Ils remercient plus précisément, dans le cas de la Grande-Bretagne,

à Londres:
— au Maudsley Hospital et MRC Social Psychiatry Unit:
  • le personnel du District Services Center;
  • *Monsieur Gerry Horner,* travailleur social senior;
  • le *Professeur John Wing*;
— au MRC Social Psychiatry Unit:
  • *Dr Alain Lesage,* psychiatre et étudiant québécois à Londres, qui a organisé le programme de visites suivi en Grande-Bretagne;

à Oxford:
— *Dr Douglas Bennett*;
— *Monsieur McLaiss,* Nursing officer;

à Worcester:
— *Monsieur Stuart Cumella*;
— le personnel du Newtown Infirmary Branch.

Dans le cas de la Grande-Bretagne, ils remercient en outre l'Association nationale de la santé mentale (MIND) pour sa gracieuse permission d'assister à son colloque annuel, et le *Dr Ian Sinclair* du National Institute of Social Work, ainsi que l'un de ses collègues de cet institut.

Ils remercient plus précisément, dans le cas de l'Italie,

à Bologne:
Ernesto Caffo, Gabriele Calderoni et *Anna Castellucci*;
Caterina De Cinque, Filippo Renda et *Alberto Serrani*;
Gianni De Plato, Pierpaolo Donati;
Ferruccio Giacanelli, Walter Orsi;
Luciana Pepa, Emilio Rebecchi;

à Parme:
Nicola Florindo;

à Pérouse:
Carlo Brutti et son équipe;
Antonio De Pascalis;

à Rome:
Fausto Antonucci et son équipe;
Luigi Cancrini, Paolo Crepet, Ota De Leonardis;
Maria-Grazia Giannichedda;
Tommaso Lo Savio et son équipe;
Massimo Marà et son équipe;
Silvia Mazzoni, Luigi Onnis, Mmes Andretta et Rossetti;

à Trieste:
Giuseppe Dell'Acqua et son équipe;
Lucia Lorenzi, Anna Scopio et leurs collègues;
Mario Reali et son équipe;
Franco Rotelli et son équipe;
Dr Torresini et son équipe.

Dans le cas de l'Italie, ils remercient en outre deux observateurs de la scène psychiatrique italienne – *Michel Legrand* (Namur) et *Shulamit Ramon* (Londres) – dont les travaux ont fourni des informations utiles dans la réalisation de ce travail.

Ils remercient plus précisément, dans le cas des États-Unis,

à Boston:
— au Massachusetts Mental Health Center:
Monsieur William Buffet, directeur du Fenwood Inn;
Monsieur Howard Fishman, directeur de la formation continue;
Docteur Bennett Gurian, M.D., directeur des services gériatriques;

Madame Sondra Hellman, directeur des soins continus;
Docteur Edwin Mikkelson, M.D., directeur des services pour enfants;
Docteur Fernando Rodriguez-Villa, M.D., directeur de l'hôpital de jour II;
Docteur Miles Shore, M.D., directeur de zone;
Madame Mildred Zanditon, directeur associé de zone.

Dans le cas des États-Unis, ils remercient en outre le *Dr Heinz E. Lehmann,* psychiatre et professeur émérite de l'Université McGill (Montréal), qui a bien voulu relire le texte sur l'expérience des États-Unis et faire part de ses commentaires.

Ils adressent enfin des remerciements:

— au Fonds Jean-Yves Rivard, du Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, pour un soutien financier accordé dans le cadre de l'étude de l'expérience de l'Italie;

— à *Mademoiselle Doris Rowley,* pour un travail présenté au Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, au cours de l'été 1982, et relatif à la philosophie d'intervention et aux services de certains pays en santé mentale;

— au Service de la documentation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour sa collaboration dans la recherche et l'obtention de la documentation nécessaire à la réalisation de ce travail;

— à ce même service de la documentation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, et notamment à *Monsieur François Allard* et à *Madame Nicole Hamel* de ce service, pour leur collaboration dans la présentation des bibliographies de cet ouvrage;

— au Service des orientations et des stratégies du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour la documentation fournie;

— à *Mesdames Diane Gagnon* et *Diane Cossette,* de l'Unité de recherche psychosociale du Centre hospitalier Douglas, à *Madame Sylvie Leroux,* du Département de l'administration de la santé de l'Université de Montréal, à *Madame Claire Bisson,* du Centre des services sociaux du Montréal métropolitain, à *Madame Gervaise Duclos,* du Service de psychologie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, ainsi qu'à *Madame Colombe Barbeau,* du Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, pour leur collaboration soutenue dans la mise en forme de ce document;

— à *Monsieur Pierre Vendette,* Secrétaire du Comité de la santé mentale du Québec, pour sa participation à toutes les réunions de travail des auteurs de ce document, ainsi que pour son support et sa collaboration continus.

Ellen Corin
Ph.D. (psychologie)
Centre de recherche
Université de Montréal

Lise Tessier
M.S.S., M. Ph.
Centre de services
sociaux du Montréal
métropolitain

Guylaine Seguin-Tremblay
Ph.D. (psychologie)
Centre de recherche
Université de Montréal

Luciano Bozzini
Ph.D. (sociologie)
Centre de recherche
Université de Montréal

Tout Etat constitue en quelque sorte un laboratoire pour les autres et il convient de se le rappeler quand on projette dans l'un d'eux d'apporter des améliorations aux services de santé mentale existants.

Ce document qui décrit et compare les services de santé mentale de la France, de la Grande Bretagne, de l'Italie et des Etats-Unis, interroge par son contenu tous les services de santé mentale existants. Il attire l'attention sur des enjeux clés et invite à des choix éclairés. Il montre, parmi tant d'autres choses, que si les pratiques traditionnelles d'internement sont remises en cause dans les pays considérés, que si l'on y promeut comme dans tellement d'autres Etats, la désinstitutionnalisation du traitement des problèmes psychiatriques, chacun des systèmes étudiés le fait différemment, à sa façon, conformément à ce qui le distingue.

Toute personne préoccupée par l'orientation des services de santé mentale pourra [illegible]

Frederic Grunberg

22913-8
$24.95

Ministère de la Santé
et des Services sociaux